

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 59.

De la Neurasthénie et de la Mélancolie

Considérées dans leurs rapports réciproques

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 22 Janvier 1908.

PAR

Marcel-Paul-Etienne ESCUDIÉ

Né à Mas-Cabardès (Aude), le 17 Décembre 1883

Élève du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉGIS, professeur-adjoint.....	} <i>Président.</i>	
		ARNOZAN, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		CABANNES, agrégé.....		
		CRUCHET, agrégé.....		

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.**

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 59.

De la Neurasthénie et de la Mélancolie

Considérées dans leurs rapports réciproques

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

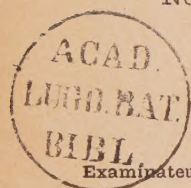
Présentée et soutenue publiquement le 22 Janvier 1908.

PAR

Marcel-Paul-Etienne ESCUDIÉ

Né à Mas-Cabardès (Aude), le 17 Décembre 1883

Élève du Service de Santé de la Marine et des Colonies



MM. RÉGIS, professeur-adjoint.....	} <i>Président.</i>
ARNOZAN, professeur	
CABANNES, agrégé	} <i>Juges.</i>
CRUCHET, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie..... BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle..... GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie..... DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale..... DE NABIAS.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale FERRE.
	MONGOUR (chargé).	Clinique ophtalmologi- que..... BADAL.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale in- fantile et Orthopédie.
Médecine opératoire..	VILLAR.	Clinique gynécologique.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique médicale des maladies des enfants.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Chimie biologique..... MOUSSOUS.
Anatomie.....	GENTES (chargé).	Physique pharmaceuti- que..... DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Pathologie exotique.... SIGALAS.
Physiologie.....	JOLYET.	
Hygiène.....	LAYET.	
Médecine légale.....	LANDE.	
Physique biologique et électricité médicale.	BERGONIÉ.	

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.	MM. VERGER.
CABANNES.	ABADIE.
	CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... {	MM. BEGOUIN.	Accouchements..... {	MM. ANDÉRODIAS
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET
	CAVALIÉ.	Histoire naturelle.....	{ BEILLE.
			{ MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie..... {	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de
mon profond amour filial et de
ma reconnaissance infinie pour
les nombreux sacrifices qu'ils se
sont imposés pour moi.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CROUZET

AUX FAMILLES, SYLVESTRE PLANQUES ET ROUSSET

A MES AMIS

A MES CAMARADES

DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

MÉDECIN GÉNÉRAL DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RÉGIS

PROFESSEUR-ADJOINT DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment de présenter à nos juges ce modeste travail, qui marque la fin de notre vie d'étudiant, nous considérons comme un devoir de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont bien voulu s'intéresser à nous dans le courant de nos études.

Au collège de Castelnaudary, à Toulouse, à Rochefort, à Bordeaux, nous avons rencontré des professeurs dévoués, des maîtres éminents qui, en plus de leur savant enseignement, nous ont donné des preuves d'une grande bienveillance et d'une grande bonté; nous ne l'oublierons pas. Qu'ils nous permettent de leur témoigner ici l'expression sincère de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Régis, après nous avoir accueilli dans son service clinique et su nous intéresser à l'étude des maladies mentales, a bien voulu nous suggérer l'idée première de ce travail. Il ne nous a ménagé, ni ses encouragements, ni ses conseils, et il nous fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Nous ne saurions trop l'en remercier en lui exprimant le regret de n'avoir pu mieux faire, mais avec la conscience d'avoir fait de notre mieux.

INTRODUCTION ET PLAN

Lorsque Beard, en 1869, et plus tard, en 1880, découvrit son « Américan nervous exhaustion », il crut avoir découvert une entité morbide nouvelle, spéciale à ses compatriotes, engendrée par leur surmenage cérébral intense ou leur activité fiévreuse. Il créa le mot, mais la neurasthénie existait déjà, « aussi vieille que le monde, ou tout au moins que la médecine » (Levillain), puisque dans Hippocrate, on peut retrouver une énumération assez complète des symptômes qui caractérisaient les malades que Beard avait en vue, « insomnie, céphalée, troubles de la vue, troubles digestifs, anxiété nerveuse, sensations douloureuses disséminées... » Cependant, ces symptômes n'étaient pas groupés sous une même rubrique et étaient rattachés, les psychiques aux mélancoliques, les physiques aux hypochondriaques. Cette confusion persista jusqu'au XVIII^e siècle, malgré Robert Whytt et Bouchut qui essayèrent de différencier les neurasthéniques des hystériques et des hypochondriaques. Beard eut le rare mérite de séparer et d'isoler du chaos, du vague et confus *nervosisme*, ses « épuisés nerveux ». Charcot rencontrant chez ces malades une série constante de symptômes, leur donna le nom de « stigmates neurasthéniques. » La maladie de Beard semblait donc devoir prendre dans les classifications nosologiques une place déterminée avec des limites bien précises. Il n'en fut rien ; la neurasthénie vit bientôt ses limites s'agrandir démesurément : on lui rattacha une foule de syndromes morbides qui ne présentaient que des rapports très lointains avec le syndrome que Beard avait isolé. On lui fit englober successive-

mient l'hypochondrie, les formes atténuées de la mélancolie, les idées fixes, les obsessions, les impulsions, les anomalies du caractère ou de l'émotivité, en un mot, tous les états nerveux mal définis, de signification incertaine et qu'on ne savait comment cataloguer. « Tout individu, a-t-on dit plaisamment, qui prend femme ou tabac, qui est charitable ou passionné, est un neurasthénique. » La neurasthénie avait pris la place de l'ancien nervosisme, c'était peut-être plus moderne, ce n'était pas plus exact. La maladie de Beard devint bientôt ce que Tanzi a appelé le « géant de la neuropathologie », mais un géant « démesuré et difforme », dont les diverses parties composantes étaient trop disparates pour constituer un tout parfaitement défini. Considérée tantôt comme une névrose, tantôt comme une psychonévrose (en employant ce terme avec la signification que lui donnent les auteurs Allemands, en particulier, Schüle et Krœpelin, qui la mettent ainsi sur le même pied que la manie ou la mélancolie), parfois même, comme une forme particulière de dégénérescence, on n'a pu parvenir à la classer et surtout à lui assigner des limites nettes et précises : on fait toujours de nouvelles classifications, chaque auteur apporte la sienne, mais, qu'elles soient basées sur l'étiologie le sexe, la pathogénie, la prédominance de certains symptômes..., aucune ne peut arriver à classer l'ensemble des cas que l'on fait aujourd'hui rentrer dans le cadre de la neurasthénie. A quoi cela tient-il ? La neurasthénie n'est-elle pas une entité morbide définie, avec une étiologie des symptômes, une évolution qui lui sont propres, et est-elle menacée de retomber dans le vague nervosisme ? Nous ne le croyons pas ; nous pensons au contraire, que Beard a eu raison, qu'il faut conserver le mot neurasthénie, ainsi que la maladie qu'il désigne, comme une entité propre, ou plutôt comme un syndrome caractérisé par les stigmates que Charcot a si bien décrits ; mais, au lieu de chercher à classer jusqu'au dernier tous les phénomènes accessoires, plus ou moins vagues présentés par les neurasthéniques, nous pensons

qu'il vaut mieux dire, avec Brissand: « Il y a surtout une neurasthénie banale, sans autre qualificatif, qui est le fond commun et en quelque sorte le canevas sur lequel chaque malade va broder au gré de sa fantaisie personnelle. » C'est en la comprenant ainsi que nous pouvons expliquer toutes les manifestations, si diverses en apparence, que nous rencontrons chez les malades qualifiés de neurasthéniques: chez tous, nous retrouverons le fond commun, le canevas, les stigmates de Charcot mais les broderies qui embelliront, orneront ce canevas seront la propriété, la marque personnelle du terrain qui les aura engendrées: chaque malade fera une neurasthénie à sa façon. La neurasthénie qui se développera chez un sujet normal, dont l'esprit était parfaitement sain avant l'apparition de la maladie, sera sensiblement différente de celle qui aura pour substratum un individu taré au point de vue mental, que cette tare lui vienne de l'hérédité, de l'éducation ou soit le reliquat d'une infection organique antérieure. De même le sexe, les conditions sociales, le milieu imprimeront leur marque propre. La neurasthénie d'un homme adulte, industriel ou commerçant, lancé dans les affaires, celle que Beard a surtout observée, aura un tout autre aspect que celle que Weir-Mitchell a décrite chez certaines femmes inactives, confinées dans leur boudoir. La neurasthénie du riche, entouré de tous les soins et de tout le confort nécessaires, pourra paraître différente de celle qui frappera le misérable ouvrier se surmenant pour subvenir aux besoins de sa famille, qui aboutira à cette déchéance de tous les éléments glandulaires de l'organisme, à cette « polyadénotrophie dégénérative » cette forme particulièrement incurable, que Iscovesco a observé aux consultations des hôpitaux de Paris.

D'ailleurs, si nous nous reportons aux maladies organiques, aux entités cliniques depuis longtemps définies et cataloguées, nous voyons qu'elles se présentent à nous avec des caractères sensiblement différents, suivant l'individu, l'âge, le sexe: la pneumonie considérée aux deux âges extrêmes de la vie, chez l'enfant et chez le vieillard, n'a pas dutout

la même physionomie. Cependant, si de telles différences cliniques existent entre les diverses formes d'une même affection, dont les symptômes sont fixes, les lésions constantes, que sera-ce quand il s'agira de la neurasthénie, c'est-à-dire d'une affection nerveuse réputée sans lésions? Que l'on considère, en effet, la neurasthénie comme une névrose, une psychonévrose, une forme de dégénérescence, c'est toujours une maladie sans lésions anatomiques connues ou décelables par nos moyens actuels d'investigation, et nous devons nous contenter surtout des signes subjectifs, des désordres fonctionnels accusés par le malade: nous n'aurons que les dires, les doléances du patient et bien peu de sujets sont capables d'une observation précise et d'une appréciation exacte des troubles qu'ils éprouvent.

Aussi, nous croyons qu'il faut envisager la neurasthénie comme un syndrome morbide qui présente des cas types, des cas classiques, mais, à côté, d'autres cas, chez lesquels ce syndrome est plus ou moins au complet, des malades qui nous conduisent de degré en degré, d'échelon en échelon, jusqu'à des cas placés dans une zone indécise, située aux extrêmes limites de la neurasthénie, sorte de zone neutre dans laquelle nous trouvons des malades se rattachant par certains côtés au syndrome neurasthénique, mais présentant aussi des symptômes appartenant à des syndromes voisins. C'est pour de tels malades que nous devons réserver parfois le diagnostic. Je laisse en suspens jusqu'au jour où un acte, l'évolution de la maladie ou toute autre particularité viendra l'orienter sûrement.

Ces considérations sont, croyons-nous, applicables à un autre syndrome mental, voisin de la neurasthénie: la mélancolie. Son histoire est tout aussi intéressante. C'est encore à Hippocrate qu'il nous faut remonter pour voir mentionnée pour la première fois, la maladie qui nous intéresse. Imbu des doctrines humorales, il attribuait à la noirceur de la bile ($\mu\epsilon\lambda\alpha\varsigma$ noir, $\chi\omicron\lambda\eta$ bile), une influence néfaste sur le cerveau et comprenait sous le nom de mélancolie tous les

troubles du système nerveux. Après lui, Galien, Arétée de Capadoce, qui nous ont laissé de bonnes descriptions de la mélancolie, partageaient sa manière de voir. Cette conception s'est maintenue jusqu'au XVIII^e siècle, malgré la tentative faite par le moyen âge, qui, avec sa mentalité toute spéciale, voyait dans les mélancoliques des possédés du démon et n'avait d'autre thérapeutique que celle qui consistait à les exorciser, quand il ne les envoyait pas aux bûchers de l'Inquisition. Pendant le XVIII^e siècle, on comprend sous l'étiquette de mélancoliques les persécutés et les délirants chroniques à évolution systématique. Esquirol, le premier, remanie les idées en cours sur la mélancolie, il en fait un délire partiel et propose le nom de lypémanie: il reconnaît, à la base de cette maladie tantôt une idée de suicide, tantôt une idée de persécution, tantôt une idée hypochondriaque. Depuis, on a étudié et défini les monomanies, la confusion mentale; on a séparé de la mélancolie les formes dépressives de la paralysie générale, de la folie à double forme: de nombreuses discussions se sont même élevées pour savoir si on devait considérer la mélancolie comme une maladie spéciale ou comme intervenant simplement à titre d'épisode, de symptôme dans d'autres maladies. C'est ainsi que Krœpelin n'admet pas l'autonomie de la mélancolie, la considère comme un épisode, une phase de la folie maniacodépressive, et n'admet qu'une mélancolie présénile, liée aux modifications cérébrales dues à la sénilité et à l'artériosclérose. Sans entrer dans la discussion de ces théories, nous admettons, avec notre maître, M. le professeur Régis, qu'à côté d'une foule d'états mélancoliques, symptomatiques, il existe une forme morbide nettement caractérisée, une entité pathologique, la mélancolie pure. Mais ici, encore, comme nous l'avons fait remarquer pour la neurasthénie, nous aurons surtout à tenir compte du facteur individuel, du malade, de cet être complexe, variable à l'infini, variable aussi à toute heure et à tout instant, qui constitue l'être humain. Nous trouverons des cas classiques, et toute une série d'intermédiaires qui nous amèneront encore à des cas indécis,

à diagnostic flottant, placés dans cette zone neutre que nous avons trouvée sur les confins de la neurasthénie et qui existe aussi pour la mélancolie.

Il n'y a donc rien d'étonnant, d'après ce que nous venons de dire, à ce qu'on ait fait parfois rentrer dans le cadre de la neurasthénie des malades appartenant à la mélancolie et réciproquement, prendre pour des mélancoliques de simples épuisés nerveux.

C'est pourquoi il nous a paru intéressant, sur les conseils de M. le professeur Régis, d'étudier ces deux syndromes voisins, de les analyser jusque dans leurs limites extrêmes, et d'en noter les analogies ou les différences.

Nous procéderons dans l'ordre suivant: choisissant des malades qui nous ont paru représenter dans l'un et l'autre groupe, des cas typiques, nous dresserons un tableau général des deux syndromes dans leurs formes les plus nettes. Nous donnerons ensuite des observations moins caractéristiques, mais que nous pouvons rattacher encore à la neurasthénie ou à la mélancolie: nous nous occuperons enfin, de ces cas mixtes, placés, comme a dit Mathieu, « dans ce domaine commun, ce territoire indivis encore, situé aux confins de la neurasthénie et de la vésanie, de la neurasthénie et de la dégénérescence héréditaire. » Nous analyserons ces cas, chercherons si, par quelque particularité, nous pouvons marquer la part qui revient à chaque syndrome, et établirons enfin, comment nous comprenons les rapports que présentent entre elles la neurasthénie et la mélancolie.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I. — Thèse Thiroux.

Neurasthénie essentielle.

M. H..., 30 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel mort à 87 ans. Grand-père maternel mort à 79 ans. Grand'mère maternelle, morte subitement à 53 ans. Grand'mère paternelle, obèse, morte à 63 ans. — Père très bien portant, a aujourd'hui 57 ans, et n'a jamais été malade. Mère morte à 60 ans d'hémorrhagie cérébrale, a une sœur ayant eu à 12 ans un rhumatisme articulaire aigu, et devenue obèse à 32 ans.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans, très bien portant jusqu'à l'âge de 26 ans.

En juillet 1888, éprouve de grands ennuis dont il se frappe énormément : de très gai il devient sombre ; ses nuits se passent dans l'insomnie, le travail intellectuel devient difficile, et bientôt H..., accuse une sensation particulière de constriction de la tête (casque des neurasthéniques) et de vide cérébral, qui lui fait croire qu'il est atteint d'une affection organique du cerveau. Etudiant en médecine, H..., lit avec avidité tous les livres traitant les maladies cérébrales il croit toujours être atteint après ses lectures, de la dernière maladie qu'il vient d'étudier. H..., après un séjour de quelques mois à la campagne, séjour qui a amélioré légèrement son état, rentre à

Paris où ses préoccupations le reprennent; l'insomnie reparaît plus tenace que jamais, le sommeil quand il existe est peuplé de cauchemars de sorte que le malade est absolument brisé au réveil: la céphalée, qui s'est accrue, est remplacée à certaines heures par une sensation étrange de vide cérébral, de légèreté de la tête, qui fait croire au malade qu'il est atteint de ramollissement cérébral, ou de paralysie générale; l'amyosthénie est alors considérable, l'impotence fonctionnelle du cerveau est complète, et H..., qui a déjà abandonné ses études, ne peut plus même lire un journal sans fatigue; il est alors sujet à des contractions fibrillaires affectant surtout la face, principalement l'orbiculaire des paupières. Le malade absolument surexcité par son état, effrayé par tous les symptômes qui l'accablent, s'adresse alors à un grand nombre de médecins qui le considèrent tous comme un hypochondriaque, lui conseillant seulement comme traitement la vie au grand air, le repos intellectuel et les exercices physiques. Il se soumet pendant un mois rigoureusement à ces indications, toujours poursuivi par les mêmes idées fixes qui le portent à croire qu'il ne guérira pas. Il a alors de véritables accès de crises neurasthéniques, passe des journées entières à pleurer dans sa chambre, ne mange presque plus et après le repas ressent une sensation de douleur et de plénitude dans l'estomac; des bouffées de chaleur lui montent au visage. Après les repas, le besoin de dormir se fait énergiquement sentir, mais après une demi-heure de sommeil, H... se réveille, la tête lourde et douloureuse avec une sensation de lassitude générale. La constipation est alors opiniâtre et les borborygmes assiègent le malade jour et nuit. On peut observer chez lui tous les signes d'une véritable flatulence; ballonnement de l'estomac et météorisme abdominal, éructations; H..., est souvent pris de vertiges qui lui font craindre de traverser les grandes places (agoraphobie); il tombe d'ailleurs plusieurs fois sur le parvis Notre-Dame en se rendant à l'Hôtel-Dieu; quelquefois ses vertiges sont de simples étourdissements; d'autres fois, ils se produisent avec sensation d'oscillation du sol et chutes.

A ce moment, (janvier 1889), on traite H..., pour une dilatation d'estomac; après un repas d'épreuve, l'analyse du suc gastrique est consciencieusement faite; on porte le diagnostic d'hyperchlorhydrie,

on conseille le lavage de l'estomac, bicarbonate de soude à haute dose antiseptie intestinale et régime sec. H..., ne doit boire qu'un verre d'eau à chaque repas.

C'est alors que les troubles généraux s'aggravent de plus en plus, la céphalalgie et la cérébrasthénie ne quittent plus le malade, la dilatation de l'estomac est d'ailleurs nettement accusée, le clapotage s'étend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et en moins de quatre mois de régime, le malade a perdu énormément de son poids; il ne boit plus et est absolument déséquilibré. Il s'effraye de la grandeur de ses pupilles qui sont très dilatées et inégales, il a de l'asthénopie et de la photophobie. H..., n'a plus de volonté, et il faut que ses amis l'encouragent constamment pour lui faire supporter sa douloureuse existence. L'un d'eux lui conseille alors un traitement anti-nerveux, qu'il déclare avoir vu donner de bons résultats dans certains cas analogues. Le malade a l'ordre de ne plus s'occuper de son estomac, de s'efforcer de manger; il prend de 4 à 6 grammes de bromure de potassium par jour pendant trois mois, suit un régime tonique et reconstituant. Le verre d'eau est successivement remplacé par de l'eau rougie, voire même par un peu de vin pur, un peu de café et d'alcool qui sont très bien supportés, grâce au bromure qui paraît limiter leur action excitante. Les douches également ordonnées et d'abord mal supportées, ainsi que l'électricité statique, améliorent de plus en plus l'état du malade. La constipation disparaît et avec elle les borborygmes; la cérébrasthénie elle-même s'atténue et H..., dont le sommeil est revenu au bout de quinze jours de ce traitement se sent beaucoup moins fatigué au réveil; ses préoccupations morales, bien que persistant toujours, ne retentissent plus aussi douloureusement sur son état général. H..., est plus résigné; s'affecte beaucoup moins au sujet de sa santé; son irritabilité est diminuée; la céphalalgie n'est plus quotidienne et six mois après le début du traitement anti-nerveux, H... a pu reprendre ses études et il ne lui reste actuellement (4 ans après le début de ses accidents neurasthéniques), qu'un estomac toujours dilaté (le clapotage est encore très net), une certaine irritabilité de caractère, et un peu d'affaiblissement de la mémoire. Il lui est resté aussi une diminution assez considérable du pouvoir de l'attention (hé-

térophémie), et surtout de la dyslalie neurasthénique qui fait que H... trouve difficilement le mot dont il a besoin dans la conversation et qu'il en prononce souvent plusieurs avant de trouver celui qu'il cherche. A l'heure actuelle, le travail intellectuel est devenu relativement facile; H... a repris toutes ses préoccupations et ses études et sa santé est relativement prospère.

Pour donner un exemple de « petits papiers », tels qu'en écrivent souvent les neurasthéniques, nous reproduisons ici l'auto-observation d'un malade, où toutes les sensations et les troubles éprouvés sont analysés avec une sûreté et une exactitude surprenantes.

L'auteur, après avoir donné quelques renseignements sur ses antécédents héréditaires père irritable, rhumatisant, un peu naïf et bizarre, mère très sensible et migraineuse, s'exprime ainsi sur son propre compte.

OBSERVATION II

(Clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André)

« Jeune âge: un peu chétif, j'étais plus sérieux que mon âge. J'étais très réfléchi, mais je n'observais rien autour de moi. Fils de cultivateurs, je n'ai jamais su l'époque de la semence des grains ni de la récolte. J'étais d'une affectivité excessive, doux, timide à l'excès, gauche. J'avais une mémoire ingrate pour l'histoire et les noms propres. Je retenais peu les formes des objets, leurs dimensions, et j'étais incapable de me reconnaître dans une ville, même après avoir passé souvent dans un même quartier. Je retiens encore peu les visages.

A l'école primaire, je remarquai que j'étais peu prompt et qu'il me fallait un long temps pour comprendre des choses même simples. Je lisais matériellement sans comprendre quand on me faisait lire fort,

parce que mon esprit n'avait pas le temps de suivre et qu'il ne pouvait pas se fixer aisément. Plus tard, au séminaire, il en fut de même. J'arrivais aux prix d'intelligence et de réflexion, on m'enlevait tous les prix de mémoire et d'imagination, j'étais brouillé avec les mathématiques. Pipi au lit jusqu'à 10 ans, la représentation entraînait l'acte.

A 15 ou 16 ans, j'avais peur des assassins, des voleurs, des chiens enragés des maladies, surtout après des conversations sur ces sujets. J'étais un peu drôle et mystique. A 16 ans, je reçus un coup de boule à quilles à la tête. Cet accident n'eut pas de suites, mais environ un mois et demi après, vers la fin de juin, je ressentais des vertiges, j'avais peur de m'évanouir, le silence me fatiguait, et il me fallait sortir de l'étude et surtout de la chapelle.

Je ressentis à cette époque un malaise du côté du cœur, suivi d'un froid aux pieds, dont je ne me rendais compte que le soir en me couchant. J'avais fréquemment des douleurs dans les reins et dans le dos, avec une rareté extrême d'urine. Je trouvais qu'il se dégageait de mon côté gauche une odeur pénétrante et insupportable. Je m'étouffais en me baissant et la nuit en me couchant sur le côté droit.

J'étais très faible et j'étais agacé de tout. J'avais de violents battements de cœur, même pendant une marche lente, et il me semblait qu'il y avait une dilatation du fond des côtes du côté gauche.

Avec cela, gaz, constipation opiniâtre, maux de tête, etc. Je me refis peu à peu, mais je ne pris jamais les forces d'un homme. Un an et demi plus tard, je fus pris pendant l'hiver d'une toux et d'une faiblesse qui me tinrent au lit pendant 4 mois. Le médecin qui me vit, prétendait, plus tard, m'avoir soigné pour une maladie simulant l'angine de poitrine et provenant d'une grande faiblesse. Je pris beaucoup d'arséniate de soude.

A l'âge de 22 ans, un soir, sous l'influence d'un contentement obsédant, j'ai cru perdre la tête. J'ai été très excité la nuit suivante. A 30 ans, pendant l'été, le cœur s'est calmé et la tête et le dos ont été le plus atteints. J'ai eu très caractérisée l'agoraphobie avec hoquets et insomnie, renvois, baillements. Un peu plus tard, chaleur à la face après le repas avec crainte d'apoplexie.

A 34 ans, j'ai été le soir, pris pendant l'été, en me couchant, de faiblesse de tête, avec peur de perdre la tête. Les idées que j'avais me faisaient peur. J'avais peur du diable. Je suis resté ainsi deux ans à souffrir de la tête; impuissance, sensation de vide, irritabilité, impuissance d'attention et de mémoire, Cauchemars, peurs diverses... »

Arrivons maintenant aux symptômes actuels pour lesquels le malade demande un traitement efficace. Il a 37 ans.

« Je suis, écrit-il, le prêtre de 37 ans, neurasthénique, qui, au mois de mars dernier, est venu vous consulter.

J'ai suivi à peu près votre traitement. Comme résultat, j'ai constaté une amélioration dans l'état général. Cependant, voici encore quelques phénomènes que j'ai éprouvés et qui m'ont particulièrement émotionné :

1^o Je ressens, le matin un engourdissement général avec difficulté extrême de me décider à me lever, et sensations vibratoires dans le cerveau et dans la moelle.

2^o J'appréhende de faire un office public. En arrivant au bas de l'autel pour dire une messe, les extrémités me deviennent froides, je sens ma tête brouillée avec manque d'équilibre, peur de tomber, d'être paralysé, même de mourir. Cette impression augmente pendant la messe au point que je n'ose plus faire un mouvement, et que, je me cramponne à l'autel. D'autres fois, j'oublie les mouvements à faire et je ne puis me souvenir des prières que pourtant je sais fort bien. Je redescends à la fin les marches en titubant et en tâtant le terrain. Le grand air suffit à me remettre à peu près complètement.

3^o J'éprouve parfois comme une sensation de chaleur et de resserrement dans le cerveau. L'attention devient extrêmement difficile et le champ visuel se rétrécit en largeur.

4^o A certains moments la vue des objets me fatigue et m'hypnotise à moitié, je reste stupéfié, ne sachant me décider à rien faire; d'autres fois cherchant un objet ou une idée, j'oublie ce que je suis venu chercher et je tourne sur place ou bien je reste court en parlant.

5^o Un repas un peu long et en dehors de mes habitudes dans

lequel je bois un peu de vin pur ou un petit verre de liqueur me met dans un état de demi-ébrété, où je ne me sens plus tout à fait compos mei. Je crains alors la paralysie. »

Et l'année suivante :

« Ma neurasthénie m'éprouve beaucoup cette année. La nuit de Noël, une sensation de fatigue extrême et d'anéantissement m'a pris à la messe de minuit. Le chant, l'harmonie, les lumières, les ors, ont achevé de me briser.

Ma pauvre tête était comme clouée sur place, je ne pouvais plus tenir mes bras en l'air, ni lire, ni prononcer un seul mot, ni exécuter un mouvement.

J'avais les extrémités froides, et je me sentais défaillir, j'ai achevé tant bien que mal, avec une sensation indéfinissable de chaleur, de vide général, de rétrécissement de l'esprit et d'impuissance d'attention. J'ai pris de suite un bol de lait, qui s'est aigri aussitôt et que j'ai rejeté avec quantité de glaires huileuses et filantes.

Je vais mieux maintenant, mais cependant ma digestion s'accompagne encore de glaires liquides ou coagulées qui me titillent la gorge et provoquent un râclement sui generis. Elle s'accompagne aussi de douleurs brûlantes à l'épigastre, de douleurs mortes dans le dos et la nuque, de gaz qui s'échappent avec bruit et d'un très fort hoquet par le haut. J'éprouve des sensations vibratoires et des sensations de mouvement dans la tête.

Le moindre travail qui, pour un autre, serait distraction, me lasse et m'abat. J'ai eu vers la fin de mars, des douleurs dans le dos et les membres supérieurs semblables à des rhumatismes, je les éprouve encore dans l'avant-bras.

J'entends perpétuellement comme un cri-cri vague de grillon dans la tête. J'ai les sens très excités d'une façon habituelle et je souffre beaucoup de la vie solitaire que j'ai pourtant très librement choisie. Il y a en effet chez moi, un mystique et un jouisseur, j'ai peine à accommoder ces deux « moi » qui se contredisent sans cesse et qui ont besoin d'être disciplinés tous les deux par la raison.

Les selles sont irrégulières. L'urine a été tout cet hiver trouble et baveuse. Parfois il y avait de la cendre dans le fond, parfois elle déposait des plaques jaune et rouge et des cercles rouge pâle sur les parois du vase. »

OBSERVATION III

(Clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André)

Mélancolie anxieuse avec délire d'autoaccusation

Léon Y..., 34 ans, employé de commerce.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort, il y a une dizaine d'années environ, à l'âge de 46 ou 47 ans. C'était un homme bien portant, de constitution robuste, mais fort impressionnable et sujet à des écarts d'imagination qui le rendaient assez souvent malheureux. Il s'exaltait facilement en faveur d'une idée ou d'une opinion et se forgeait des craintes exagérées au sujet de son entourage, de sa famille, de ses affaires. Il était employé de commerce et ne fut pas obligé de quitter ses affaires par suite de troubles psychopathiques. A l'âge de 46 ans, il fut paralysé du côté droit; bientôt après il présenta quelques troubles mentaux sur la nature desquels il est difficile d'obtenir des renseignements précis; il s'agissait probablement d'une psychose dépressive, à la production de laquelle, d'après les renseignements recueillis auraient contribué des chagrins de famille et des soucis de santé. Il mourut quelques mois après dans une maison de santé.

La mère est morte d'une affection abdominale, après avoir subi une laparotomie. Au point de vue mental, elle était très ferme, énergique, volontaire quelquefois. Elle ne se laissait pas aller à des écarts d'imagination comme son mari. Pas de troubles nerveux.

Les grands parents sont tous morts à des âges avancés, de maladies de vieillesse; n'auraient pas présenté des troubles nerveux ou mentaux.

Du côté des collatéraux, à signaler, un oncle paternel qui ressemblait au malade au point de vue mental. Impressionnable, se laissant facilement abattre par les événements, il avait la crainte malade des agents des tribunaux, se méfiait des gens. Cet état s'exagérait par moments sous forme de crises paroxystiques; n'a pas été interné.

Le malade a une sœur âgée de 37 ans; elle vit à Bordeaux et jouit d'une excellente santé.

Antécédents personnels. — Le malade est venu au monde à terme, après une grossesse et un accouchement normaux. Pas de maladies de la première enfance. A l'âge de 6 ou 7 ans, il fut paralysé de tout le côté droit; cette paralysie aurait duré 3 ou 4 mois et guéri sans laisser de traces. A 20 ans, il contracte la syphilis, avant son service militaire. Chancre du prépuce, solitaire, induré, s'accompagnant d'une pleiade ganglionnaire (ganglions petits, durs). Se fit soigner d'abord par un pharmacien, qui lui donna des pilules, puis aux consultations de l'Hôpital Saint-Jean, où on lui donna du sirop de Gibert. Il se soigna d'une manière très intermittente; il a eu une fois une éruption de plaques rouge vif, sur le tronc et les hanches; éruption qui disparaît après un bain sulfureux? Cette éruption lui donna à réfléchir et il fut poursuivi quelque temps par la peur des accidents syphilitiques; cependant, l'absence de manifestations morbides le tranquillisait par moments et il ne fit que quelques cures irrégulières de mercure et d'iodure.

Il a éprouvé des maux de tête assez violents, surtout nocturnes; il prit plusieurs remèdes pour cela, mais sans grand résultat.

N'a jamais fait d'excès alcooliques; s'est toujours refusé à prendre des apéritifs dans la crainte que cela lui fasse du mal; il se permettait seulement, chez lui, sur les instances de sa femme, un petit verre de liqueur digestive, dont un de ses amis lui avait vanté les bons effets.

Au point de vue mental, le malade a présenté des idées qui paraissaient indiquer un esprit sujet à quelques préoccupations presque morbides; il avait la peur innée de la mort, des enterrements, de la tombe. Il avait une crainte exagérée de la mauvaise considération, des ennuis qu'on voulait lui susciter, bien qu'il ne se connut pas d'ennemis. Il n'aimait pas voir ses chefs ou ses collègues être au courant de ses papiers, de ses affaires, de peur qu'on parut le suspecter trouver bizarre l'orientation qu'il donnait à telle ou telle entreprise. Il était très actif, très laborieux, ne se plaignant jamais d'avoir trop de travail, au point que sa femme avait peur qu'il se surmenât.

Au point de vue affectif, il était doux, aimant, excellent mari et père de famille.

Histoire du malade. — Y..., est né à Bordeaux, en 1873; élevé d'abord dans sa famille, puis au petit séminaire de Bordeaux, ses parents ayant l'intention de lui faire embrasser une profession religieuse. Il resta au séminaire jusqu'à 14 ans, il était bon élève, apprenait facilement, mais il refusa toujours à être prêtre, et fit à ce sujet plusieurs scènes à l'aumônier. Dès qu'il fut en âge de gagner sa vie, il quitta le séminaire et entra immédiatement dans une maison d'exploitation de Bordeaux; il y fut remarqué par ses chefs, pour son intelligence et son zèle. Après son service militaire, il se fit peu à peu une belle situation dans la même maison, et arriva à se faire intéresser aux bénéfices. Il se maria à 26 ans, et sa descendance comprend 2 enfants: une fille de 7 ans, en excellente santé, un garçon âgé de 4 ans, également bien portant; ils n'ont pas présenté de traces de spécificité.

Histoire de la maladie. — Il est difficile de savoir au juste quand l'affection a débuté, sa femme ayant de tout temps remarqué chez lui des idées étranges auxquelles elle était habituée.

Il y a une vingtaine de jours environ (au commencement du mois d'avril), il paraissait plus sombre que de coutume, repoussait ses enfants et monologuait, répétant incessamment: « Je suis perdu! Que faire, mon Dieu! » Sa femme lui demandant des explications, il répondit qu'il avait commis de grosses fautes et qu'il allait être découvert. On l'épiait, on le poursuivait dans les rues. Les garçons, ses collègues de bureau savaient l'histoire, la police était peut-être prévenue. Pendant plusieurs jours il resta dans cet état, parlant bas, fermant les portes avec précipitation recherchant s'il n'y avait pas sous les meubles des appareils électriques, des phonographes pour enregistrer ses paroles. Il continuait néanmoins à aller tous les jours à son bureau; dans une conversation avec son patron, il fit allusion aux fautes qu'il croyait avoir commises, et celui-ci, d'abord étonné, puis s'étant rendu compte que ces fautes n'existaient que dans l'esprit du malade, fit part de ses craintes à la femme du malade. Le lendemain Y..., voulut revenir à son bureau, il fit le courrier, comme d'habitude, puis alla au coffre-fort; croyant voir que la ser-

rure était changée, il se figura que tout était découvert, qu'il n'avait plus qu'à avouer. Il alla trouver son patron, et lui dit : « Vous savez tout, je suis un misérable ». Celui-ci l'ayant engagé à parler, il s'accusa d'avoir volé, fait des faux, communiqué la syphilis à sa petite fille le jour de la vaccination, ainsi qu'à l'associé de son patron qui s'était servi du même crayon que lui. Le patron l'ayant engagé doucement à rentrer chez lui, il rentra dans son bureau et quelques instants après, il se jetait par la fenêtre; dans sa chute il se fractura la jambe à la partie moyenne.

Transporté à l'Hôpital Saint-André, il est placé dans le service de M. le professeur Lanelongue, où il continue à s'accuser, se désespérer : « Je suis un être ignoble, C'est affreux... » Il fait une nouvelle tentative de suicide en essayant d'avaler un mouchoir qu'il avait sur lui et qui contenait des pièces de monnaie; on le lui a retiré à grand-peine au moment où il était déjà à demi asphyxié. M. le prof. Régis est alors appelé à voir le malade; il le trouve étendu sur son lit, plongé dans ses idées tristes, poussant des exclamations sans suite. Il est difficile d'attirer son attention; cependant on réussit à lui faire parler des crimes dont il s'accuse, des visions terrifiantes qu'il a eues. Il est alors transporté à l'isolement. Là encore, il essaie de se couper la langue avec les dents et réussit à amputer le quart antérieur du côté gauche.

Examen du malade. — L'aspect général est celui d'un homme jeune, de constitution moyenne. Il est immobile, dans le décubitus dorsal, les yeux fixés au plafond. La physionomie est empreinte de tristesse, les sourcils sont froncés; parfois elle devient inquiète, comme si le malade assistait à des scènes pénibles.

Troubles psychiques. — Idéation. — Le trouble le plus net consiste en la concentration pénible de l'esprit sur un fond d'idées tristes, dont il ne sort pas; si on le presse de questions, si on insiste, il répond : « je ne sais pas, dans ma tête c'est le chaos. » — Il délire : ses idées délirantes sont constituées surtout par des idées de culpabilité, de criminalité imaginaires. Il s'accuse d'avoir volé, d'avoir fait des faux. Il est couvert de honte, c'est un « être ignoble », suivant son expression; il a déshonoré sa famille, assassiné un grand nombre de personnes, mérité le bagne. — Il a communiqué la sy-

philis à sa fille, à l'associé de son patron, qui s'est servi du même crayon que lui, et il éprouve le besoin de l'avouer devant témoins, de crier bien haut sa culpabilité.

Voici ce que la femme du malade nous a raconté, et qui permet de comprendre la genèse de ses idées délirantes. Il y a quelque temps, ayant voulu emprunter à son patron une certaine somme d'argent, pour faire des réparations à sa maison, l'architecte qui dirigeait les travaux, lui demanda une somme supérieure; il fut obligé d'emprunter encore l'excédent demandé par l'architecte; c'est de là que dérivent ses idées de culpabilité. Le délire qui se rapporte à la syphilis a aussi le point de départ dans ce fait, qu'il se fit vaciner avec toute sa famille, il y a quelques jours...

La mémoire ne paraît pas atteinte; le malade se rappelle sa vie, ses maladies, les dates, les noms. L'attention est troublée; le malade est plongé dans un monodéisme douloureux qui l'empêche de suivre la conversation. Il est souvent nécessaire d'insister pour arriver à le tirer de son délire et de ses hallucinations. En effet, comme troubles de la perception, il a des hallucinations en rapport avec l'orientation de son délire: 1^o hallucinations visuelles, terrifiantes: il voit des cercueils, des tombeaux, des bourreaux; des guillotines, des flammes; il voit aussi des mots écrits devant ses yeux: Châtiment, Misérable. Souvent, il voit écrit en lettres de feu le mot: Adjudication.

2^o des hallucinations auditives variées: des voix lui reprochent sa conduite ses crimes, lui promettent des châtimens terribles.

Ces hallucinations le torturent presque constamment.

Pas d'hallucinations gustatives, ni olfactives. Pas d'illusions internes.

Affectivité. — La tristesse et souvent la terreur, constituent le fond de son émotivité morbide, entretenues par son délire et ses hallucinations.

Il paraît y avoir chez lui une diminution de l'affection pour sa femme ou ses enfants, ou plutôt désorientation de son affectivité provoquée par la nature de son délire d'indignité; il dit, en parlant de sa femme: « Pauvre femme, il serait préférable qu'elle fut morte, ainsi que son enfant. » Pas de troubles de la conscience ou de la personnalité.

Activité. — Les troubles de l'activité résultent de la nature du dé-

lire: il faut signaler les 3 tentatives de suicide auxquelles il s'est livré. Actuellement ses tendances au suicide paraissent s'être atténuées, mais lorsqu'on lui demande s'il ne recommencera pas, il ne promet pas d'une façon très convaincue.

Il refuse les aliments qu'on lui donne, avec une certaine énergie. Cependant depuis 2 ou 3 jours, on est venu à bout de ses résistances et on peut l'alimenter sans qu'il soit nécessaire de recourir à la sonde.

Troubles physiques. — Examen du système nerveux. — Les sensibilités générale et spéciale sont conservées sous tous leurs modes. L'examen en est actuellement plus facile qu'aux premiers jours, pendant lesquels l'esprit du malade, concentré sur ses idées tristes, réalisait une sorte d'anesthésie psychique. Il sent aujourd'hui parfaitement la douleur que lui cause un léger déplacement des fragments de sa jambe fracturée.

La mobilité est intacte; fine trémulation des extrémités, surtout pendant les périodes d'exaltation.

Les reflexes cutanés, tendineux, sont conservés, mais un peu lents.

La réflectivité oculopupillaire est normale; on remarque à ce sujet, une légère inégalité des pupilles.

Pas de douleurs spontanées ou de sensations subjectives.

Appareil digestif. — Langue saburrale, haleine fétide; mais pas de troubles dyspeptiques très nets. Constipation.

Appareils circulatoire et respiratoire. — Le cœur bat régulièrement, mais avec une fréquence variable avec l'état d'agitation du malade; le pouls, régulier et assez fort, suit la même marche. Pas d'œdèmes ou de troubles trophiques. La respiration, normale dans les intervalles de calme, devient irrégulière et plus rapide pendant les crises d'agitation.

Analyse des urines: 26 avril 1907.

Caractères généraux.	{	Densité.....	1025
		Réaction	acide
		Couleur	rougeâtre

		par litre
Eléments normaux...	Urée.....	34.00
	Acide phosphorique total.	2.34
	Chlorure de sodium.....	8.4
Eléments anormaux	Albumine.....	0
	Glucose.....	0
	Pigments biliaires.....	0
	Urobiline.....	présence.

Examen du malade, 3 mai. — Le malade n'a pas fait de nouvelles tentatives de suicide. Il se plaint assez fréquemment de sa jambe fracturée et de sa langue qui commence à se cicatriser. Au point de vue mental, il revient peu à peu à des idées plus variées et moins sombres. Il reconnaît comme fausses une partie de ses idées délirantes d'auto-accusation. Plus d'anxiété. Le sommeil est encore troublé par des cauchemars pendant la première période de la nuit.

6 mai. — L'amélioration continue. La langue est en assez bon état; le malade se plaint encore de sa jambe.

Il ne subsiste plus d'idées délirantes à proprement parler. Le malade reconnaît ses erreurs et déclare qu'il a agi en idiot et en fou; mais il ne saisit pas très bien l'enchaînement des actes qu'il a commis. La mémoire est conservée, il se rappelle tous les détails de sa maladie.

10 mai. — Le malade sort sur sa demande, guéri ou du moins très amélioré.

OBSERVATION IV

(Clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André)

Mélancolie dépressive avec délire

Mlle Anna M..., 33 ans, débilitée de liqueurs.

Antécédents héréditaires. — Père mort, vers 30 ans, de la variole. Cultivateur de son métier, n'était pas nerveux, ne buvait pas,

Mère âgée de 71 ans, bien portante. A eu 8 enfants, dont 5 actuellement en vie et bien portants; les autres sont morts en bas-âge. Elle était enceinte de la malade, lorsque son mari mourut.

Du côté des grands parents ou des collatéraux, nous n'avons rien trouvé d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels. — Bien portante dans sa première enfance elle a eu la rougeole vers l'âge de 6 ans, la fièvre typhoïde à 9 ans. Pas d'autres maladies graves.

Réglée pour la première fois à 19 ans, à la suite d'une forte émotion (peur); depuis sa menstruation se reproduit régulièrement tous les mois; les règles assez douloureuses, étaient abondantes et duraient 4 à 5 jours.

Elle était très nerveuse et très impressionnable; se mettait facilement en colère; elle n'a cependant jamais présenté de crises de nature hystérique ou épileptique.

Elle a habité avec sa famille, sans rien de particulier ou de sailant dans son existence, jusqu'à il y a 4 ans, époque où elle s'installa à Talence, pour tenir un débit de boissons.

Là sa vie s'écoulait assez régulière, calme, lorsqu'elle fit la connaissance d'un monsieur qui lui proposa de l'épouser; elle accueillit favorablement sa demande et en attendant le mariage, avait commencé la vie en commun, lorsqu'elle apprit, il y a environ un mois et demi, que son ami était déjà marié. Elle éprouva une grande peine, et c'est là, croyons-nous qu'il faut rechercher le début de sa maladie. Voyant qu'elle avait été trompée, elle défendit à son ami de retourner chez elle, lui disant qu'il s'était moqué d'elle, et qu'elle ne voulait plus le recevoir. Il partit, mais un jour il revient, et comme Anna M..., lui reprochait encore sa conduite, il la prit par le cou pour l'étrangler; (ce sont là les seuls renseignements que nous avons pu obtenir de la malade).

Cette nouvelle scène se passait il y a environ un mois; le même soir la malade rentre dans sa famille, mais ne raconte rien de ce qui venait de se passer; cependant son entourage remarque chez elle du changement; très triste, déprimée, les traits bouleversés, elle regardait anxieusement du côté de la porte, et si quelqu'un l'ouvrait, elle avait de violents mouvements de frayeur qu'elle était impuis-

sante à maîtriser. Interrogée à ce sujet, elle ne veut donner aucune explication; cependant, pressée de questions, elle finit par raconter la scène de violence dont elle aurait été victime; mais comme on n'avait pas de témoins, et qu'on doute un peu de la véracité des faits racontés par la malade, on n'y ajoute foi qu'à demi, et on décide de garder la malade. Depuis son état s'aggrave de jour en jour; à la tristesse et à la frayeur du début succèdent une dépression morale un abattement très marqués; la malade n'a aucune volonté; mais elle est toujours affaissée, angoissée. Elle mange très peu, et seulement lorsqu'elle y est invitée ou forcée par sa famille. Elle dort très peu et dit que son sommeil est troublé par des cauchemars; le plus souvent, c'est son fiancé qui vient lui faire des menaces.

Lorsqu'elle n'est pas observée, elle parle seule: « Elle n'est plus la même, il y a quelque chose de changé en elle. Les gens ne la traitent pas comme autrefois; on la méprise. Cependant, elle n'est pas coupable, elle est toujours restée honnête. Elle ne veut plus rester à la charge de sa famille. »

Elle dit qu'elle veut mourir; elle a même déjà tenté de mettre à exécution ses projets de suicide. Un jour on l'arrêta au moment où elle voulait enjamber une fenêtre; une deuxième fois, on lui arracha des mains une hachette avec laquelle elle voulait se tuer. Elle est amenée à la consultation des maladies mentales le 8 janvier et M. le professeur Régis, conseille l'isolement et l'internement dans une maison de santé; mais on la conduit le lendemain à l'Hôtel Saint-André où elle est admise salle 7; elle est presque aussitôt transférée au service de l'isolement.

Examen de la malade. — Nous nous trouvons en présence d'une femme qui, assise sur une chaise, la tête baissée, la face inquiète, anxieuse, les sourcils plissés, semble en proie à de tristes pensées; parfois elle se lève, fait quelques pas dans la salle, marmottant quelques paroles inintelligibles, faisant de la tête des signes de négation, puis revient prendre sa place et son attitude primitives.

Troubles psychiques. — Si nous cherchons à interroger la malade, nous éprouvons une certaine difficulté à attirer son attention et à obtenir des réponses. Il faut souvent lui répéter plusieurs fois les questions; elle reste un certain temps avant d'articuler sa réponse,

et parle alors d'une voix lente, traînante, empreinte de tristesse. Ses réponses sont confuses, elle répondra qu'elle est à l'hôpital, mais ne saura pas depuis combien de temps, le numéro de sa maison, l'année les mois. Si nous lui faisons raconter son histoire, elle s'embrouille, mêle ses souvenirs, les idées, prononce des phrases sans suite, mais dans ses paroles incohérentes nous pouvons cependant saisir une idée dominante qui semble obséder la malade : c'est le sentiment du changement de sa personnalité ; et là-dessus se greffe un délire triste, monotone, qui a trait à la perte de sa mémoire, et se compose surtout de protestations en faveur de son honnêteté, de justification de sa conduite. — « Quelque chose est changé en moi, J'ai eu la fièvre il y a un mois... Des grévistes voulaient boire sans payer, et je ne voulais pas faire crédit!... J'ai dit à ce monsieur que ce n'était pas bien ce qu'il faisait ; depuis, je ne me rappelle pas bien ce qui s'est passé ; — pour ne pas mentir, je ne sais pas, Je ne suis pas coupable... je suis toujours restée honnête, et je ne veux plus être à la charge de mes parents. »

Elle présente quelques hallucinations de la vue, surtout nocturnes : elle voit de la poussière, des cimetières, en général des choses tristes ; parfois même elle voit des gens masqués qui passent devant elle, mais sans lui faire des menaces.

Elle a présenté des hallucinations de l'ouïe ; elle a entendu des voix qui lui reprochaient sa conduite ; elle ne reconnaissait pas ces voix ; elle prétend ne plus les entendre depuis deux jours.

Pas d'autres hallucinations du goût ou de l'odorat.

L'affectivité est conservée ; elle aime bien sa mère, sa sœur. Elle éprouve un grand plaisir lorsqu'elles viennent lui rendre visite. Quant à son fiancé, cause de tous les malheurs, il paraît ne plus tenir aucune place dans les sentiments affectifs de la malade.

Son activité est très amoindrie ; elle passe ses journées immobile sur une chaise, toujours tête baissée, l'air abattu, triste. Parfois elle se lève fait quelques pas dans la salle, et revient prendre sa place. Si on lui donne du travail, elle paraît s'y intéresser, s'en acquitte bien et avec conscience, mais spontanément, elle n'a pas l'idée d'en demander.

Elle mange peu, mais ne refuse pas de s'alimenter ; elle se nourrit

toute seule lorsqu'on lui commande de manger. Elle n'a pas fait de nouvelles tentatives d'auto-mutilation ou de suicide.

Troubles physiques. Femme amaigrie au teint pâle; les muqueuses sont décolorées; on ne relève pas de stigmates de dégénérescence.

La sensibilité est conservée intacte soit à la piqure ou au contact; pas de zones hystérogènes.

Les reflexes cutanés et tendineux sont normaux.

Les reflexes oculopupillaires à la lumière et à l'accommodation sont conservés, mais un peu lents, paresseux.

Pas de douleurs spontanées.

Le sommeil est troublé par des visions tristes: morts, batailles... pas de rêves professionnels ou de zoopsie.

Tremblement fibrillaire de la langue.

Appareil digestif. — Langue suburrale; sensation de pesanteur et de ballonnement du ventre après le repas. Constipation. Pas de dilatation marquée de l'estomac: pas de clapotage, pas de ptoses viscérales.

Appareil circulatoire. — Le cœur bat normalement et l'auscultation n'y révèle pas de bruits de souffle. Le pouls est faible, un peu mou, mais régulier. Pas d'œdèmes, de ralentissement de la circulation; peut-être les extrémités sont-elles un peu froides, cependant elles ne présentent pas de signes d'asphyxie locale.

Appareil respiratoire. — Respiration régulière, plus fréquente dans les moments d'anxiété.

Appareil génito-urinaire. — La menstruation persiste, quoique très irrégulière; la malade n'a pas eu ses règles au mois de novembre, mais elle a été réglée deux fois pendant le mois de décembre. Pas de troubles fonctionnels de l'appareil urinaire.

Examen des urines. — Sont claires, limpides. Augmentation de l'urée, des phosphates et du chlorure de sodium.

Pas d'éléments anormaux.

Examen le 25 janvier. — Depuis son entrée à l'Hôpital, l'état de la malade n'a guère varié; elle a successivement passé par des phases de dépression et d'anxiété, mais ne paraît nullement améliorée. Les idées délirantes persistent toujours. Pas de tentatives d'auto-mutilation ou de suicide. Depuis deux jours cependant, la malade paraît

plus agitée, plus anxieuse, elle ne peut tenir en place, se promène dans la salle, monologuant, et faisant toujours de la tête, des gestes de négation.

Elle est dirigée sur Picon, dans le courant du mois de février.

Avec ces observations prises pour types et nous servant aussi des descriptions que nous trouvons dans les auteurs, nous allons essayer de tracer un tableau général de ces deux syndromes. Nous suivrons le plan des observations et commencerons donc par l'étude des antécédents héréditaires et personnels des neurasthéniques et des mélancoliques, c'est à-dire l'histoire de leur famille et de leur vie jusqu'à l'apparition de la maladie.

Hérédité. — 1^o *Neurasthéniques.* — Ce qui nous frappe, c'est que dans la généralité des cas, nous sommes en présence d'un terrain prédisposé héréditairement. Parmi les ascendants des malades frappés d'épuisement nerveux, figurent le plus souvent des émotifs, des nerveux, des migraineux, des arthritiques, rarement des sujets atteints de psychoses. Dans quelques cas, plus rares, l'hérédité paraît manquer complètement: ce fait a été signalé par les auteurs: Beard, le premier, Charcot, Levillain, Bouveret, Dejerine qui écrit -« Ce qui fait l'intérêt de cette forme d'affection particulière du système nerveux, c'est que différant en cela complètement de toutes les autres, elle peut être créée de toutes pièces, chez un individu robuste, sans tare nerveuse héréditaire, et cela dans certaines circonstances données. » Nous croyons que ces cas-là sont l'exception et nous nous rangeons à l'opinion de Monsieur le Professeur Régis, lorsqu'il dit: « dans certains cas, le rôle de l'hérédité paraît nul, néanmoins contrairement à l'opinion de Beard et de Charcot, la neurasthénie constitutionnelle est la variété la plus importante: on naît neurasthénique plus souvent qu'on ne le devient: ce qui paraît être une neurasthénie acquise, n'est le plus souvent qu'une poussée de neurasthénie plus forte surajoutée à un fond de neurasthénie constitutionnelle. »* — Cependant il semble que dans ces cas, l'in-

fluence de ce facteur étiologique hérédité, ait été inférieure à celles des causes provocatrices, occasionnelles; l'hérédité est intervenue à titre de simple cause prédisposante, mettant le système nerveux du sujet dans un état de moins grande résistance: elle n'a pas imprimé un caractère propre, une physionomie particulière à la maladie.

2^o *Mélancoliques.* — Chez les mélancoliques l'hérédité est généralement plus lourde: nous retrouvons dans la plupart des cas des arthritiques, des nerveux, quelques psychoses à base le plus souvent dépressive, quelques cas d'hystérie: dans les antécédents du malade lui-même, nous notons l'apparition de troubles mentaux traduisant cette influence héréditaire: émotivité excessive, idées de scrupule, timidité, caractère taciturne, peurs irraisonnées et maladives. C'est ainsi que chez le malade de l'observation III, Léon Y..., nous relevons: le père, une sorte d'exalté, tombé dans la dépression sur la fin de ses jours; un oncle atteint d'un trouble mental de nature mélancolique ou tout au moins dépressive, et dans son enfance Y... a présenté une grande émotivité, une peur innée de la mort, des enterrements.

Donc chez les neurasthéniques, pas d'hérédité ou hérédité neuro-arthritique, intervenant à titre de simple cause prédisposante, chez les mélancoliques, hérédité similaire ou dissemblable, qui a occasionné d'une façon à peu près constante des troubles mentaux dans le jeune âge ou à la puberté.

Étiologie. — Quelles sont les causes que nous trouvons le plus souvent à l'origine de la neurasthénie ou de la mélancolie?

Neurasthénie. — C'est d'abord, le surmenage cérébral, à la fois intellectuel et moral, surtout moral. Mosso a démontré expérimentalement que les émotions exercent une action beaucoup plus manifeste sur la circulation encéphalique que le travail intellectuel d'une grande intensité: « le travail cérébral qui surmène et épuise, est celui qu'accompagnent le souci du lendemain, la préoccupation vive d'un but à atteindre, la crainte d'un insuccès ou d'un échec, qu'il s'agisse d'af-

faïres industrielles ou commerciales où est engagée la fortune, d'un examen ou d'un concours d'où dépend l'avenir. Ce qui paraît être la véritable cause c'est l'inquiétude et l'anxiété au milieu de laquelle ce labeur a été accompli, les préoccupations morales qui l'ont précédé, accompagné ou suivi. » (Ballet). Les émotions morales, les chagrins, les passions jouent le même rôle: « Toutes les passions, dit Bouchut, surtout celles que l'on qualifie de dépressives, le remords, la jalousie, la haine, l'ennui, l'avarice, l'ambition, les chagrins prolongés, les déceptions, altèrent notablement la pensée ». Citons aussi le surmenage génital, le traumatisme, les intoxications exogènes, ou du moins l'usage abusif, habituel et prolongé des substances toxiques, les intoxications endogènes, les maladies infectieuses ou organiques diverses. La vie mondaine, par les sources multiples de fatigue qu'elle occasionne, peut aussi créer la neurasthénie. « Il n'y a pas de gens plus occupés que ceux qui ne font rien » a-t-on dit avec raison, en parlant de ces désœuvrés, de ces oisifs qui mènent la « grande vie » — « Rien n'est énervant, rien n'est propre à déséquilibrer le système nerveux et à l'affaiblir, comme l'unique préoccupation de la recherche du plaisir et de la satisfaction des désirs les moins nobles et les moins élevés. Le souci du rôle utile que chacun peut remplir dans son milieu, suivant ses aptitudes et ses facultés, n'est pas seulement un élément de moralisation, c'est à certains égards une condition de santé et la neurasthénie est souvent la légitime, mais regrettable rançon de l'inutilité, de la paresse ou de la vanité. » (Ballet).

Chez les mélancoliques l'étiologie est à peu près semblable: nous y retrouvons encore les émotions violentes, les chagrin répétés, les chocs moraux, les intoxications exogènes et plus souvent endogènes, les maladies infectieuses.

En somme chez les neurasthéniques comme chez les mélancoliques nous pouvons résumer ainsi les facteurs étiologiques occasionnels: les causes physiologiques ou pathologiques, morales ou physiques, susceptibles d'amener brusquement ou graduellement l'affaiblissement du système nerveux.

Symptomatologie. — Nous avons étudié le terrain sur lequel va se développer la maladie, la cause qui lui a donné naissance, voyons comment elle s'installe et quels en sont les symptômes.

1^o Neurasthénie. — La neurasthénie apparaît rarement d'emblée affectant une allure aiguë; dans la majorité des cas le début est lent, progressif. Le malade éprouve d'abord quelques légers troubles physiques, des malaises. Il se sent fatigué plus rapidement que de coutume; s'il lit, il est bientôt obligé de cesser, il ne peut plus fixer son attention, les lettres dansent devant ses yeux. Il n'a plus la même volonté qu'autrefois, et il hésite longtemps avant de prendre une décision; sa tête est lourde; il dort mal et se trouve fatigué au réveil. Ses digestions sont lentes, pénibles, s'accompagnent de somnolence. L'inquiétude et la tristesse font leur apparition. Il prend peur, analyse toutes ses sensations et dans toutes il croit découvrir les signes précurseurs de graves maladies. Comme il se plaint en même temps de sa mémoire, il note par écrit tous les troubles qu'il éprouve, rédige ses « petits papiers » et va consulter le médecin.

Il se présente la plupart du temps, se plaignant d'une grande lassitude, de céphalée, de troubles de la digestion. Il paraît accablé, rompu par la fatigue; il parle d'une voix basse, traînante, monotone; il décrit une foule de sensations, de symptômes, se perd dans des commentaires sans fin sur les troubles qu'il éprouve: il les explique souvent par des gestes appropriés, une mimique expressive, et si le médecin semble l'écouter attentivement, patiemment, il sort bientôt de sa poche le petit papier qu'il a rédigé, ne se fiant plus à sa mémoire. On peut dire que le diagnostic est fait: le malade est un neurasthénique. Le médecin, peut alors, par un interrogatoire en règle, lui faire énumérer une multiplicité inouïe de symptômes et tout d'abord les stigmates décrits par Charcot. On peut dire qu'à ce point de vue tous les neurasthéniques que l'on pourrait appeler classiques se ressemblent. Cette variété de neurasthénie est de toutes les névroses, la plus constamment semblable à elle-même: le neurasthénique classique est calqué sur son voisin.

La Céphalée manque rarement; elle affecte des degrés variables et chaque neurasthénique a une expression particulière pour la désigner, la caractériser; c'est un cercle de fer une calotte de plomb; la sensation d'une scie passant au-dessus des sourcils, la sensation douloureuse d'un pavé tombant sur la nuque, le plus souvent elle affecte la forme en casque (galeati de Charcot). Rarement continue, ordinairement diurne, elle est très violente le matin au réveil, pour diminuer après les repas, mais la moindre émotion, le moindre travail l'augmentent singulièrement. Elle est parfois accompagnée d'une hyperesthésie du cuir chevelu.

Ressemblant à la céphalalgie, nous trouvons la rachialgie qui peut occuper des sièges variables (plaque cervicale, plaque sacrée), et s'accompagner de douleurs vives provoquées par la pression des apophyses épineuses des vertèbres (points apophysaires d'Armaingaud).

L'insomnie est aussi fréquente, si on interroge les neurasthéniques sur leur sommeil, la plupart répondent aussitôt qu'ils en sont complètement privés et qu'ils n'ont pas fermé les yeux depuis des mois. Il y a là une exagération commise involontairement par les neurasthéniques.

Les troubles du sommeil peuvent affecter plusieurs formes: tantôt le malade s'endort dès qu'il est au lit, mais au bout de deux ou trois heures se réveille et ne peut plus retrouver le sommeil; tantôt il se couche, attend le sommeil pendant des heures entières, et finit par s'endormir sur le matin. Dans d'autres cas, tourmenté par la crainte de ne pas dormir; le neurasthénique se couche avec cette idée: elle s'ancre tellement dans son esprit que malgré tous ses efforts il ne peut parvenir à l'en chasser et passe la plus grande partie de la nuit sans sommeil. Il tourne ainsi dans un cercle vicieux: il ne dort pas parce qu'il est neurasthénique et il est d'autant plus neurasthénique, qu'il dort plus mal.

Les rêves sont peu fréquents; pas de cauchemars dans la généralité des cas: quelques rêves ont trait à leurs occupations journalières, la plupart se rapportent à leur état maladif.

Un fait intéressant à signaler est le suivant: le sommeil du neurasthénique est un sommeil incomplet, qui ne repose pas; l'esprit continue à travailler, une malade observée par M. Régis, disait d'une façon très imagée « je dors du corps, mais pas de pensées, de derrière la tête, pas de devant. » Ce sommeil incomplet favorise un fonctionnement cérébral continu dans lequel les facultés inférieures prédominent; le contrôle du centre supérieur est diminué ou manque totalement. « Les plans et les projets les plus bizarres sont souvent conçus pendant ce travail acharné effectué la nuit et souvent pendant les moments de calme, on pourra voir jaillir une idée qui aura été créée de toutes pièces pendant une nuit d'insomnie: l'esprit la repousse, mais elle revient quand même avec obstination, causant au malade une souffrance par la conscience où elle le met de l'impuissance de sa volonté. » Aussi l'insomnie nous paraît constituer un symptôme très grave. Ce sommeil léger, fugace, ne repose pas le malade, et ce travail cérébral inconscient auquel il se livre, augmente encore son épuisement, et peut arriver dans certains cas à diminuer le contrôle cérébral, à exagérer l'automatisme et partant la suggestibilité.

L'asthénie musculaire forme avec la céphalée et l'insomnie, ce qu'on pourrait appeler le trépied neurasthénique. Elle fait son apparition dès le début; d'abord intermittente elle devient rapidement continue et le malade obligé de se livrer à un travail manuel est mis à bref délai, dans l'impossibilité de gagner sa vie; bientôt même cette fatigue qu'il accusait après un travail léger, se montre au début de tout acte: tout mouvement lui est prétexte à fatigue « il est toujours en imminence de fatigue musculaire ». La simple station debout lui est pénible; chez certaines femmes Weir-Mitchell a décrit une forme particulière de cette asthénie; les malades refusent de sortir, de marcher, de se lever même, et passent leur journée sur des chaises longues, absolument comme des paraplégiques. « C'était certes un neurasthénique, cet arabe qui nous a laissé le proverbe célèbre: « Mieux vaut

être assis que debout, couché qu'assis, mort que couché. » Rien ne saurait mieux peindre la lassitude des névropathes et le pessimisme qui en découle. (De Fleury).

Ici, encore, comme pour l'insomnie, nous nous trouvons en présence d'une exagération évidente de cette asthénie. En examinant les malades, on note une contradiction entre leurs déclarations et les faits. Ils se disent parfois incapables du moindre mouvement, et cependant ils se livrent à des actes, des gestes leur donnant un démenti formel. Mosso a pris des tracés indiquant la force musculaire et la fatigue et a démontré que les muscles ont conservé leur contractilité normale. « L'impuissance de l'homme jure avec l'intégrité de la bête ». Dubois (de Berne), cite le cas d'une malade qui se déclarait absolument incapable de soulever les bras, de les remuer, et qui cependant se coiffait seule, parce qu'elle avait une hyperesthésie du cuir chevelu et ne voulait pas se laisser coiffer à cause de la douleur qu'elle éprouvait. Il est aussi d'observation courante qu'une grande joie, une émotion, un fort chagrin, l'idée même du devoir à accomplir, décuplent pour un instant leurs forces physiques et permettent à ces neurasthéniques d'accomplir des travaux, des actes dont ils paraissent totalement incapables. Sandras, après avoir cité des cas montrant de quelle énergie sont parfois capables les neurasthéniques, conclut : « Rien n'est plus admirable que cet état nerveux lorsqu'il est mis au service d'une bonne tête et d'un bon cœur. »

Pour certains auteurs, cette asthénie musculaire atteindrait aussi les muscles de la vie de relation : les muscles lisses, le myocarde, les fibres lisses de l'estomac, de l'intestin, occasionnant ainsi secondairement des dilatations, des ptoses.

Les troubles gastro-intestinaux sont la règle chez les neurasthéniques, et prédominent parfois, à tel point, que certains auteurs, les ont invoqués pour expliquer la pathogénie de la neurasthénie.

On peut en observer de plusieurs ordres : chimiques, consistant en dyspepsie, hypochlorhydrie, quelquefois mais plus

rarement, hyperchlorhydrie: mécaniques, dilatation d'estomac avec ballonnement, pesanteur après les repas, ptose des viscères abdominaux, hépatoptose, enteroptose. Ils sont d'intensité très variable et on a pu distinguer des formes légères, dans lesquelles les malades conservent encore l'apparence d'une bonne santé, des formes graves dans lesquelles on observe de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée et un amaigrissement considérable.

Tels sont, avec l'état mental caractéristique, que nous décrirons dans un instant, les symptômes rencontrés d'une façon à peu près constante chez tous les neurasthéniques, les stigmates de Charcot. A côté, nous trouvons une foule de symptômes accessoires, secondaires, variables avec les malades, prenant une importance d'autant plus grande que le malade s'est livré à une analyse plus approfondie. « Imaginez tout ce qu'il est possible d'éprouver comme sensations subjectives se rapportant aux diverses fonctions ou régions et vous aurez une idée approximative des troubles accusés par les neurasthéniques (Pitres).

A mesure que le médecin par son interrogatoire, attire l'attention du malade sur tel ou tel appareil, il est rare que le neurasthénique, mis en éveil par les questions du praticien, ne découvre pas quelque nouveau trouble, qui avait jusque là échappé à son analyse; nous ne nous attarderons pas à leur description, ne faisant que citer les plus fréquents, avec les particularités qu'ils nous ont paru présenter.

Du côté des *organes des sens. Vision*. — Congestion des conjonctives avec sensation de picotement et de cuisson surtout le matin. Sensation de mouches volantes, d'images flottantes qui ne donnent rien à l'examen ophtalmoscopique de l'œil. Asthénopie accommodative, ou fatigue rapide à la lecture; paraît être de l'asthénie musculaire portant sur les muscles de l'accommodation: elle ne peut se corriger par des verres.

Ouïe. — Bruits subjectifs, bourdonnements, battements dans les oreilles paraissant prédominer dans l'oreille gauche (Ré-

gis), et se rencontrant chez les neurasthéniques entachés d'artériosclérose.

Goût et odorat. — Léger degré d'hypérexcitabilité et susceptibilités idiosyncrasiques pour certaines substances ou odeurs.

Sens génital. — On note généralement de la diminution des appétits sexuels, parfois de l'impuissance avec la spermatorrhée, des pollutions nocturnes. Chez la femme troubles de la menstruation. Ces troubles génitaux peuvent prédominer dans quelques cas et donner naissance à une variété de neurasthénie: la neurasthénie génitale.

Sensibilité générale. — On trouve les hyperesthésies assez fréquentes du cuir chevelu, de la colonne vertébrale, des sensations douloureuses disséminées (névralgie générale de Valleix), en se localisant en des points fixes (topoalgies de Blocq). Très rarement on a trouvé de l'anesthésie. Les neurasthéniques sont très sensibles à l'influence des agents extérieurs; appelés parfois des « baromètres vivants. »

Motilité. — Outre l'asthénie musculaire, il faut signaler par ordre de fréquence des vertiges, avec sensation de déplacement des objets « mais ne provoquant jamais la chute ou le vomissement » (Charcot), des tremblements, des secousses musculaires, des crampes.

Si nous passons en revue tous les grands appareils de l'économie, nous pouvons noter encore:

Des troubles de la circulation. — Palpitations, tachycardie, fausse angine de poitrine (névropathie cérébrocardiaque de Krishaber), des troubles de la circulation périphérique, extrémités froides.

Des troubles de la respiration. — Oppression, dyspnée due le plus souvent aux palpitations.

Des troubles sécrétoires. — Sécheresse de la peau, de véritables démangeaisons ou prurits, qui affectent beaucoup les neurasthéniques, qui se croient alors atteints de maladies cutanées (dermatophobie).

Du côté des urines, modification indiquant une nutrition ralentie; excès d'acide urique par rapport à l'urée.

Phosphaturie.

Déperdition des chlorures.

Albuminuries passagères liées à l'état général.

En terminant, signalons ce passage de Beard; qui note comme trouble de la nutrition générale la carie des dents, et s'en sert pour montrer que la neurasthénie est une maladie due à la civilisation et particulièrement aux mœurs américaines. « Il est indéniable que cette carie rapide des dents est un résultat de la civilisation: les dents sont rarement bonnes chez ceux dont la constitution est affaiblie et elles ne doivent leur salut qu'à l'habileté des dentistes modernes; les dentistes sont les baromètres de la civilisation: leur succès et leur prospérité est un des faits les plus instructifs de la sociologie moderne; les dentistes américains sont les meilleurs du monde parce que les dents américaines sont les plus mauvaises du monde. »

Mélancolie. — Quel est le début de la mélancolie, et une fois établie, quels en sont les principaux symptômes?

Après la cause qui est à l'origine de la maladie, chagrin, émotion... le mélancolique est dans la généralité des cas, plus abattu que le neurasthénique: dès le début, il est triste, sa pensée se renferme dans un certain nombre d'idées limitées et de nature pénible. Il continue cependant ses occupations, ne se plaignant pas de cette fatigue que signalait en premier lieu l'épuisé décrit par Beard; il ne cherche pas non plus, comme ce dernier, un ami à qui confier ses peines, il dissimule, ne se livre pas: c'est sa famille, son entourage qui remarque qu'il y a quelque chose de changé en lui, qu'il n'est plus le même, et souvent, alors que rien ne le faisait prévoir et pour un motif des plus futiles, le mélancolique entre dans la période d'état par une automutilation ou une tentative de suicide. C'est alors que le médecin a l'occasion de l'examiner: il se présente avec une allure toute spéciale; triste, abattu, le visage contracté par la souffrance, il ne répond que lentement ou pas du tout aux questions posées, ou au contraire, agité, inquiet, parle tout seul, d'une voix dolente, et si on peut saisir le sens de ses paroles, on remarque qu'elles

ont toujours trait à un même ordre d'idées tristes, pénibles. Pas de petits papiers, ni les détails si prolixes du neurasthénique; il faut que le médecin lui arrache ses réponses; il peut alors constater les symptômes suivants:

La céphalée est fréquente, mais le mélancolique ne s'en plaint pas, ne l'analyse pas et ne la décrit pas avec cette insistance caractéristique du neurasthénique.

L'asthénie musculaire se rencontre aussi et est même, dans certaines formes, poussée à l'extrême: sans parler de cette loque délabrée, inerte qui caractérise le mélancolique stupide, nous observons dans les formes dépressives, de l'immobilité, de la prostration et parfois une véritable manie lectuaire en tous points semblable à celle des neurasthéniques de Weir-Mitchell. Cette asthénie musculaire est susceptible de réveils subits, et pendant ces moments d'exaltation, ces raptus mélancoliques, les malades réussissent souvent dans leurs tentatives de suicide.

L'insomnie est constante: les malades dorment mal, en proie à des hallucinations terrifiantes: leur sommeil est entrecoupé de rêves pénibles, de cauchemars.

Les troubles gastro-intestinaux, sont la règle. Ils rappellent de tous points ceux des neurasthéniques et créent souvent un état d'auto-intoxication qui domine la scène et dans lequel certains auteurs ont voulu voir le point de départ de la mélancolie. Le plus souvent nous constatons de l'enduit saburral de la langue, de la fétidité de l'haleine, de la dyspepsie gastro-intestinale, de l'intérite muco-membraneuse, de la constipation.

Parmi les symptômes que nous avons appelés secondaires, les mélancoliques nous présentent encore des troubles des sens spéciaux, qui fonctionnent avec paresse, avec lenteur; des hallucinations de la vue, de l'ouïe, des illusions du goût, de l'odorat.

Les troubles génitaux existent à un degré plus avancé, consistant en dysménorrhée, parfois aménorrhée complète chez les femmes, avec dans la plupart des cas, le silence complet de l'instinct sexuel.

La sensibilité générale est obtuse, quelquefois même abolie: Cette analgésie des mélancoliques, de nature psychique, nous permet d'expliquer ces automutilations atroces auxquelles se livrent volontiers les malades. On se demande comment, sans cette analgésie de nature particulière, ils pourraient supporter des douleurs si vives pendant le temps parfois très long que durent leurs actes et continuer leur mutilation; tels ce mélancolique que nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Lanelongue, qui armé d'un mauvais couteau de cuisine avait passé un quart d'heure à scier, littéralement les bourses et la verge à leur base; et cet autre qui, chez M. le professeur Badal s'était crevé les deux yeux, en enfonçant successivement son pouce dans les deux orbites.

La motilité est aussi atteinte; outre l'asthénie, nous observons très souvent un tremblement fibrillaire des extrémités, se produisant au repos et s'exagérant avec les émotions et dans les paroxysmes d'angoisse: du côté de la langue, Parrant a décrit une sorte de tremblement, qu'il appelle « tremblement gélatineux. »

Les troubles circulatoires sont fréquents: le cœur bat plus lentement et avec moins d'énergie: le pouls est ordinairement petit et de fréquence variable suivant les périodes de dépression ou d'agitation: du côté périphérique, on observe un ralentissement de la circulation, des œdèmes malléolaires, parfois du refroidissement, de la cyanose et de l'asphyxie locale (main mélancolique de Ball).

La respiration est ralentie, superficielle dans les formes dépressives, exagérée, irrégulière dans les formes anxieuses. L'hématose est insuffisante et détermine des troubles des diverses sécrétions et de la nutrition générale. La peau est sèche; les urines rares et chargées, plus toxiques que les urines normales; au point de vue chimique: phosphaturie et excès d'acide urique. La nutrition générale se ressent de ce manque d'activité, d'énergie; la température baisse, le malade maigrit et devient ainsi la proie facile des maladies infectieuses, de la tuberculose surtout, que nous voyons souvent venir compliquer la maladie.

Nous retrouvons, semble-t-il dans la mélancolie, toute la série des signes physiques, que nous avons signalés chez les neurasthéniques, avec seulement quelques différences de détail; cela tient à ce que ces deux syndromes ont pour origine commune, une cause dépressive, débilitante qui agit sur le système nerveux; dans la sphère physique, elle se traduira par la déchéance, l'appauvrissement de l'organisme, mais dans la sphère psychique les réactions seront différentes, comme nous allons essayer de le montrer par une analyse approfondie de l'état mental des neurasthéniques et des mélancoliques.

Etat mental du neurasthénique. — D'un mot nous pouvons caractériser l'état mental du neurasthénique. C'est la dépression cérébrale, sans altération du jugement ou de la conscience; dépression qui va se manifester du côté intellectuel et du côté affectif.

Du côté intellectuel nous constatons d'abord des troubles de l'activité cérébrale, une diminution du pouvoir d'attention. Le neurasthénique ne peut coordonner ses idées, réfléchir longuement sur un sujet: il lui arrivera de lire des pages entières sans avoir compris ce qu'il a lu. Si, cependant, il veut faire effort et s'astreindre durant quelques instants à un travail qui exige une attention soutenue, il se sent obnubilé, épuisé: son mal de tête est devenu d'une acuité extrême ses idées se brouillent et il est obligé de cesser. La mémoire paraît amoindrie, le malade, distrait, fixe mal ses idées; l'évocation des souvenirs est défectueuse, car le neurasthénique redoute l'effort nécessaire à la recherche du souvenir perdu; aussi la mémoire, quoique intacte, paraît ralentie, rétrécie en quelque sorte. Dans les quelques cas où une légère amnésie existe, elle est indifférente, les oublis portant sur les sujets les plus divers.

La volonté est très atteinte: les malades sont des indécis, des hésitants. Ils sont incapables de prendre une décision, même dans les cas les plus simples de la vie. Ils manquent totalement d'énergie morale et deviennent la proie trop fa-

cile du découragement: ils luttent, font effort, mais cet effort n'aboutit qu'à provoquer chez eux des angoisses, des palpitations et dans quelque cas du vertige: cette aboulie neurasthénique nous explique les obsessions, phobies que nous verrons se développer secondairement chez ces malades, ainsi que l'angoisse qui les accompagne.

Le jugement reste intact; le neurasthénique se rend parfaitement compte de son état et cette conscience de sa déchéance, de son infériorité morale sera pour lui une cause de douleurs et de tristesse.

Du côté de l'affectivité, nous remarquons un état d'inquiétude, d'insécurité vague, entretenu par des préoccupations constantes. Le neurasthénique passe sa vie à faire sa propre observation et cette auto-analyse de tous les instants va être encore pour lui une source de tristesse et de douleur. Les individus en bonne santé ne perçoivent aucunement le jeu régulier de leurs organes; les neurasthéniques au contraire sont constamment impressionnés par les sensations internes les plus diverses. Les mouvements du cœur, le travail de la digestion, toutes les fonctions de la vie organique et de relation, sont minutieusement analysés et interprétés dans un sens pessimiste. Ils deviennent pour eux la source d'impressions pénibles: « leur organisme, a dit M. Brochin, est passé à l'état de fonctionnalité douloureuse.

Ainsi naît cette tendance à l'hypochondrie, si fréquente chez les neurasthéniques; ils se croient atteints de maladies graves, de maladies du cœur, de l'estomac, du cerveau vers quoi leurs palpitations, leurs malaises digestifs ou les douleurs de tête ont appelé leur attention.

D'une émotivité extrême, ils perçoivent plus vivement les sensations que déterminent les émotions: des événements sans importance pour les autres, les frappent vivement; aussi évitent-ils tout ce qui peut être pour eux une cause d'émoi, de chagrin. Leur caractère se modifie dans ce sens: ils deviennent profondément égoïstes, leurs occupations, leurs affaires, les intérêts les plus pressants de leurs familles,

les préoccupent beaucoup moins que l'empâtement de leur langue, la lenteur de leur digestion, ou la douleur vague et obsédante qui leur comprime la nuque comme un casque trop étroit. « Ils ne pensent plus qu'à leur bête, et le reste du monde leur serait indifférent, s'ils ne tenaient à mettre leurs contemporains au courant de leurs tortures ». (Brisaud). Ils deviennent d'une irascibilité extrême, habituellement tristes, abattus, un rien les irrite, les agace, les met en fureur. Ils ne peuvent rien supporter, un bruit soudain, un enfant qui crie; ces bouffées d'irascibilité sont brusques « en feu de paille » et ils en sortent plus abattus, plus déprimés: c'est ce caractère qui a valu à la neurasthénie, le nom de « faiblesse irritable. »

L'état mental neurasthénique peut donc se comprendre ainsi: épuisement cérébral qui provoque une diminution de l'activité cérébrale de la mémoire, de la volonté et parallèlement du côté affectif; une augmentation de l'émotivité, des modifications du caractère qui devient égoïste et irritable. Ces troubles font naître un état d'inquiétude, d'insécurité, et comme le malade a gardé son jugement intact, la conscience qu'il a de sa déchéance, de son infériorité provoque de la douleur, de la tristesse, de l'abattement moral.

Il faut rattacher à la description de cet état mental une question qui a soulevé de nombreuses discussions: nous voulons parler des obsessions, des phobies, des impulsions.

Les avis des auteurs sont en effet très partagés. Beard et après lui Bouveret rattachent les phobies et les obsessions à la neurasthénie acquise et les expliquent par le mécanisme de l'épuisement nerveux « la volonté, dont l'énergie est diminuée, est impuissante à lutter contre l'idée qui tend à s'implanter dans la conscience: de cette lutte naît l'anxiété caractéristique de l'obsession. » Magnan, Charcot, Krafft-Ebing comprennent l'obsession comme une fonction de la desharmonie des facultés psychiques, c'est-à-dire, du caractère essentiel de l'état mental des déséquilibrés, des dégénérés. Les phobies et obsessions peuvent se rencontrer

dans la neurasthénie, mais seulement dans la neurasthénie qu'ils appellent constitutionnelle, héréditaire, différente de la neurasthénie que nous décrivons actuellement.

Certains auteurs, mais plus rares, considèrent les phobies et obsessions comme des entités morbides; c'est la névrose d'angoisse de Freud, d'Hartenberg: la psychasthénie de Raymond et Janet. Messieurs les professeurs Pitres et Régis, dans leur ouvrage sur « Les obsessions et les impulsions » rapportant les diverses opinions des auteurs, s'expriment ainsi: « Une donnée générale se dégage de toutes ces opinions en apparence contradictoires: l'obsession germe sur un terrain prédisposé, préparé constitutionnellement; quant à celui-ci, qu'on l'appelle déséquilibre, dégénérescence, paranoïa, neurasthénie... ce n'est qu'une question de mots. Le seul point sur lequel les opinions diffèrent, c'est que pour quelques-uns c'est toujours sur un terrain dégénératif, constitutionnel que survient l'obsession, tandis que pour d'autres, elle peut, au moins dans quelques cas, être considérée surtout comme accidentelle. C'est un symptôme au même titre que l'hallucination, le délire, ou l'impulsion, la meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que l'obsession n'est jamais isolée, indépendante, elle est toujours liée à un substratum, sur lequel elle est pour ainsi dire implantée: les plus fréquents de ces états pathologiques qui servent de fondement à l'obsession, sont la dégénérescence, l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie; il y a des obsessions de dégénérés, d'épileptiques, d'hystériques, de neurasthéniques. » Nous nous rattachons à l'opinion des professeurs Pitres et Régis. Nous pensons que les phobies et les obsessions ne sont que des symptômes, se greffant le plus habituellement à titre transitoire ou permanent sur un substratum neuropathique ou psychopathique, et que par conséquent nous pouvons les rencontrer dans la neurasthénie qui nous occupe. Cependant, dans cette forme, nous n'aurons le plus souvent que des phobies diffuses, des obsessions à l'état rudimentaire, plutôt de la panophorie, c'est-à-dire une peur morbide et anxieuse,

commandée par les faits extérieurs, par les émotions de tous les instants. Il se produit dans ces cas, par suite de la débilité nerveuse, une sorte de « régression infantile » et le moindre obstacle peut prendre des proportions énormes. « Le cerveau du neurasthénique, dit Bouveret, est devenu comparable au cerveau de l'enfant. Quand il commence à peine à marcher, l'enfant redoute de quitter la main qui le conduit. S'il vient à être abandonné, seul, debout au milieu d'un grand espace, loin d'un point d'appui, il est pris d'une vive frayeur, dont témoignent ses pleurs. Or toutes ces sensations, depuis longtemps éteintes dans le cerveau de l'homme adulte et sain, revivent soudainement ou progressivement dans le cerveau du neurasthénique; l'épuisement efface les résultats acquis par l'éducation et l'exercice de la volonté. » Les neurasthéniques sont ordinairement préoccupés par un seul souci, celui de leur santé. Aussi voyons-nous leurs phobies s'orienter de ce côté. Leur organisme passé à l'état de fonctionnalité douloureuse, leur apporte à chaque instant des sensations malades qu'ils analysent profondément. La pression de la tête engendrera la phobie de l'aliénation mentale si fréquente chez les neurasthéniques, les troubles digestifs, celle d'un cancer de l'estomac...

Ces craintes se succèdent, disparaissent pour être remplacées pas de nouvelles sous la dépendance de l'émotion ou de la sensation présente dans la conscience; elles n'ont pas la tenacité des obsessions rencontrées chez les héréditaires, ou les dégénérés. Elles restent à l'état diffus, et c'est là, croyons-nous, le caractère essentiel de ces phobies, de ces obsessions, qui ne s'imposent pas avec la force des obsessions systématisées.

Aussi le neurasthénique est accessible aux encouragements et aux conseils. Le trouble de la volonté qui l'a rendu suggestible et a permis aux phobies et obsessions de s'installer, permet aussi au médecin d'intervenir efficacement et de convaincre le neurasthénique par des conseils donnés à propos. Ils le savent bien d'ailleurs, car aussitôt que quelque nou-

velle phobie tend à germer chez eux, et à s'installer dans leur esprit, ils courent chez le médecin, apeurés, tout en larmes, pour se faire rassurer et convaincre, du moins pour un instant de l'inanité de leurs craintes. Au contraire, la phobie du dégénéré, de l'héréditaire ou du mélancolique, n'est en aucune façon accessible au raisonnement: elle doit ce caractère à sa systématisation, favorisée par les altérations de la conscience et de la personnalité. Aussi nous sommes entièrement de l'opinion du professeur Régis, lorsqu'il dit: « on pourrait formuler en loi que la curabilité des obsessions est en raison inverse du degré de dégénérescence et en raison directe du degré d'acuité de la neurasthénie. »

Etat mental du mélancolique. — Analysons maintenant l'état mental du mélancolique, et pour cela étudions sa genèse, ses caractères et les conséquences qui en découlent. « La mélancolie est avant tout une maladie de la cénesthésie », a dit M. le professeur Régis. Dès le début, en effet, apparaissent les troubles de la sensibilité générale, de la cénesthésie. Ces troubles portent, soit sur le corps, en particulier sur les viscères abdominaux, le cœur, le cerveau, dont le fonctionnement arrive troublé ou n'arrive plus à la conscience et dès qu'il se produit de la souffrance en un point quelconque de l'organisme, les sensations perçues sont altérées et transformées dans leur élaboration cérébrale; du côté de la sensibilité externe, les mélancoliques se plaignent de ne plus voir, de ne plus sentir, comme auparavant; quelque chose est changé en eux ou autour d'eux: « un nuage épais, un voile change la teinte et l'aspect des corps ». De ces faits primordiaux vont se déduire les caractéristiques de l'état mental mélancolique, d'abord les troubles de la personnalité: en effet, nous pouvons considérer la personnalité comme un composé d'éléments divers, dont la base fondamentale est une base organique: le sens du corps. Le mélancolique qui, au début, voit s'altérer sa constitution physique, puis qui du côté émotionnel se plaint de ne plus voir les choses comme autrefois, tout en ayant conscience de ces changements,

assiste donc à la formation à côté du moi ancien, d'un moi nouveau. Dès le principe on a donc scission, dissociation de la personnalité qui dans certains cas peut aboutir au dédoublement complet. Du côté de l'affectivité, cet état cénesthétique détermine un état émotif, pénible et douloureux, d'autant plus intense qu'il naît chez des gens qui par nature sont des impressionnables, susceptibles de se tourmenter pour un rien. Ils se désolent et sont en proie à une tristesse profonde, insurmontable, qui apparaît dès le début et ne fait jamais défaut. Cette tristesse se traîne au dehors par de l'abattement, de la prostration, ou au contraire de l'anxiété, des gémissements (gémisseurs de Morel et de Guislain.)

Les sentiments affectifs du mélancolique, vis-à-vis des siens, de sa famille, des êtres qu'il aimait ont été diversement interprétés. Dumas affirme que l'affectivité fait défaut chez les mélancoliques, la sensibilité psychique étant, comme la sensibilité physique, sinon supprimée, du moins très affaiblie. Masselon va plus loin et dit: « L'indifférence est réelle, l'anesthésie morale positive; le mélancolique est l'indifférent complet ». C'est aussi l'opinion de M. D'Allones qui explique l'inaffectivité par l'absence de sensations cénesthésiques, de Cotard qui lui donne comme fondement la perte de la vision mentale: tel ce malade cité par Charcot, qui dit: « Je suis beaucoup moins accessible à la douleur morale, au chagrin. C'est ainsi qu'ayant perdu dernièrement un de mes parents, je n'ai éprouvé presque pas de douleur, beaucoup moins que si j'avais eu le pouvoir de me représenter par la vision interne, ce parent. ». Telles sont à peu près les paroles de tous les mélancoliques; à les entendre, leurs affections familiales ont complètement disparu, ils renient toute tendance altruiste: cependant nous croyons, avec M. le professeur Régis, que contrairement à leurs affirmations, l'affectivité est conservée chez les mélancoliques et même dans quelques cas poussée à l'extrême. Si quelques mélancoliques délirants nous paraissent indifférents vis-à-vis de leur famille, des êtres qu'ils aimaient le plus, semblent même les prendre en aversion,

c'est que cette indifférence, cette aversion sont commandées, imposées par le délire: dans d'autres cas, nous voyons au contraire les mélancoliques qui ont leurs sentiments affectifs exaltés se préoccupant sans cesse de leurs parents, de leurs amis, d'indifférents et même d'inconnus.

Le mélancolique n'est pas un indifférent: même dans la forme la plus dépressive, dans la mélancolie stupide où le malade semble une loque délabrée, inerte, le visage est contracturé, empreint d'une tristesse infinie. « traduisant le drame épouvantable qui se joue au dedans de cette cité imprenable contre laquelle viennent se briser les bruits de l'extérieur. » (Lasègue). Quelle différence entre l'expression de leur physionomie et celle de la confusion mentale avec stupidité, qui représente l'indifférence absolue. Nous avons pu observer, à la clinique psychiatrique de l'hôpital Saint-André, deux de ces malades: la visite des parents, des amis laissaient toujours une malade atteinte de confusion mentale stupide dans le même état d'impassibilité absolue, tandis que dans les mêmes circonstances, une jeune mélancolique pleurait, trahissant ainsi l'émotion qu'elle ressentait et montrant que tout sentiment affectif n'était pas éteint en elle.

Dumas lui-même a noté ces changements, dans la relation d'une expérience faite sur une de ses mélancoliques pour éprouver sa réaction émotive; « le visage de la malade qui était assombri s'est éclairé un peu à l'entrée de son fils, ses yeux ont brillé tandis qu'elle avançait la main et tendait la joue. » On peut donc dire que le mélancolique est un affectif, qui s'ignore il est vrai, mais plutôt un hyperaffectif: dans les actes des mélancoliques, nous retrouvons parfois cette hyperaffectivité portée au plus haut degré: tel ce « suicide familial » des mélancoliques; ces mères de famille qui par excès d'amour, tuent leurs enfants et se suicident après parce qu'elles prévoient pour eux un avenir fait de souffrances et de douleurs; c'est de la désorientation de l'affectivité, mais qui n'est pas le résultat d'une anesthésie affective. Ces troubles affectifs ont, croyons-nous, une importance énor-

me; ils manquent rarement dans la mélancolie, dominent souvent permettant dans quelques cas de faire le diagnostic, de porter même un pronostic; on a fait remarquer, en effet, que dans les cas où ces troubles se modifient et où le malade ne parle plus de son affectivité, le pronostic est sombre; l'évolution vers la mélancolie chronique est presque fatale.

Troubles intellectuels. — Tels sont les troubles que nous remarquons dans la sphère affective; que se passe-t-il dans la sphère intellectuelle? « Le trouble dominant est la concentration pénible de l'esprit sur un certain nombre d'idées fixes et limitées: l'être tout entier se replie douloureusement sur une série de pensées et s'absorbe dans leur incessante méditation » (Régis). Il y a là une sorte de pauvreté intellectuelle, une raréfaction de l'esprit, de la monotonie. Schüle dit: « il ne s'agit pas d'une absence d'idées, mais bien plutôt d'une stagnation, d'un mouvement hélicoïdal d'un même groupe d'idées qui finissent par percer peu à peu. » Ces idées, ces pensées sont celles que les troubles de la cénesthésie et de l'affection ont apportés à la conscience. Le mélancolique cherche à les expliquer, les médite et de là vont naître ses conceptions délirantes: « le délire est le résultat d'une tentative d'explication que fait incessamment le malade pour légitimer le sentiment pénible qu'il éprouve (Griesinger) ». Cela nous permet de comprendre les caractères du délire mélancolique, caractères que Séglas a parfaitement étudiés et parmi lesquels nous retiendrons surtout qu'il est secondaire, et suit le trouble émotionnel, comme les troubles de l'intelligence, suivent les troubles de la sphère affective; monotone, portant toujours sur des idées tristes, limitées, (culpabilité, ruine, damnation, hypochondrie). C'est de plus un délire d'auto-accusation, le mélancolique est un passif, un résigné, ne rapportant qu'à lui-même ce qui se passe de mal autour de lui.

Avec ce délire, nous rencontrons des hallucinations sensorielles de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat; quelques illusions internes, résultant des sensations interprétées d'une façon délirante.

Que deviennent les autres fonctions intellectuelles? Elles ne sont pas détruites, mais elles restent dans l'ombre, leur fonctionnement est entravé, modifié par cette concentration de l'esprit sur le thème délirant: les associations d'idées se font avec lenteur, parfois même les mélancoliques arrivent jusqu'à la perte de la vision mentale (Cotard). Le temps de réaction personnelle est très augmenté; la mémoire quoique conservée est moins vive, moins rapide, l'évocation des idées et le rappel des anciennes sensations emmagasinées dans le souvenir ne se fait plus avec la même facilité. Le jugement paraît sain, lorsqu'il s'exerce sur ce qui ne constitue pas la maladie.

La volonté est altérée, nous constatons de l'aboulie: ce manque de volonté est généralisé, et porte sur tous les actes: le mélancolique d'ailleurs ne lutte pas, ne fait pas effort; c'est « un non vouloir généralisé et tranquille ». Ces troubles de la volonté vont avoir pour conséquence des troubles de l'activité que nous rencontrons à peu près constamment chez les mélancoliques: d'abord dans leur attitude, leur mimique: nous avons déjà parlé de la dépression, qui peut aller parfois jusqu'à la stupidité où toutes les fonctions de la vie organique semblent suspendues. Nous notons encore deux troubles des actes à peu près constants; le refus d'aliments, inerte, passif, dont on vient parfois à bout, mais qui exige dans certains cas l'alimentation artificielle par la sonde. Ce refus, cependant, devient parfois plus obstiné lorsqu'il puise son origine dans les conceptions délirantes, lorsque le mélancolique dit qu'il ne veut pas manger parce qu'il est déshonoré, ruiné, indigne, ou qu'il n'a plus d'estomac, plus de bouche, plus de tube digestif; la tendance aux automutilations et au suicide. — Chez presque tous les mélancoliques, nous retrouvons une ou plusieurs tentatives de suicide: (3 chez le mélancolique de l'observation III; 2 chez Anna M., obs. IV.) Ce qui permet d'expliquer ce nombre, c'est le trouble de la volonté; ces tentatives n'aboutissent pas, à cause du manque d'énergie; les mélancoliques sont incapables de déployer des efforts assez

sérieux pour se tuer et leurs tentatives de suicide avortent: ils veulent bien mourir, mais il faudrait, semble-t-il que la mort leur arrive toute seule. S'il est des cas, malheureusement trop nombreux, dans lesquels ces tentatives réussissent, car les mélancoliques finissent souvent par le suicide, c'est qu'ils ont alors obéi à des impulsions, des réveils subits, non médités, qui constituent les raptus mélancoliques. A côté du suicide personnel, il faut placer le suicide familial et dont nous avons déjà parlé; l'homicide très rare dans la mélancolie, est encore dicté par les conceptions délirantes ou les hallucinations: tel ce lypémaniaque qui cherchait à assommer son infirmier parce que ce dernier portait une barbe rouge et qu'il le prenait pour le bourreau chargé de lui couper la tête: tel autre qui cherchait à immoler son voisin parce que la voix de Dieu, qu'il avait cru entendre, lui avait dit qu'il serait placé au rang des élus et qu'il voulait hâter le moment de son bonheur.

En nous résumant nous pouvons comprendre ainsi l'état d'esprit du mélancolique: au début, troubles de la sensibilité externe ou interne, de la cénesthésie qui apportent à leur conscience des sensations faussées ou perverses et déterminent des altérations de la personnalité, de la conscience: de là, résulte du côté émotionnel de la tristesse; secondairement l'esprit se cantonne dans cet apport de sensations et le délire, les hallucinations apparaissent. Ce délire lui-même donne naissance à des troubles des opérations intellectuelles, des troubles de la volonté et des actes se traduisant surtout par deux grands symptômes: le refus d'aliments, la tendance aux automutilations et au suicide.

Cette étude va nous permettre d'expliquer les différences fondamentales qui séparent l'état d'esprit du neurasthénique de celui du mélancolique.

Chez le neurasthénique le trouble le premier en date est celui qui atteint les fonctions cérébrales d'ordre intellectuel; la diminution de la volonté, de l'attention, de la mémoire: secondairement la sphère affective est atteinte et on voit appa-

raître la tristesse qui est secondaire, réactive. Chez le mélancolique, au contraire, la tristesse est primitive, la sphère affective est la première troublée; les désordres intellectuels, le délire apparaissent secondairement.

Ces troubles diffèrent d'ailleurs de nature: chez le neurasthénique, nous n'avons pas d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'illusions; nous n'observons pas non plus cette concentration si douloureuse de l'esprit, qui est de tous les instants, ne laisse au mélancolique aucun répit, aucun moment de repos: la préoccupation malade du neurasthénique procède, pourrait-on dire, par crises, par paroxysmes.

Au point de vue affectif, nous avons déjà montré que le neurasthénique est un égoïste profond, le mélancolique, au contraire, l'altruiste par excellence.

Chez les deux, nous trouvons des lésions de la volonté, de l'aboulie, donnant naissance à des troubles de l'activité, mais en analysant d'un peu plus près ces lésions de la volonté; nous voyons qu'elles diffèrent: l'aboulie du neurasthénique est primitive; les facultés sont normales ainsi que le mécanisme psychique, mais à cause de leur affaiblissement, l'acte est suivant le degré faible, avorté ou même absent: le neurasthénique veut faire bien, il commence l'acte, lutte, mais s'arrête bientôt épuisé; il ne peut pas, son aboulie est comme nous l'avons dit un non pouvoir anxieux. Chez le mélancolique, l'aboulie est secondaire, s'observant à titre de simple symptôme accessoire: son acte reste subordonné au délire; ainsi dans certains cas, l'acte ne s'accomplit pas, la volonté est annihilée par les idées délirantes ou les hallucinations; il restera debout à la même place sans bouger parce qu'il croit que ses jambes sont en verre, qu'il voit un précipice ouvert devant lui, ou que des voix lui ont dit de ne pas bouger ou parler, faute de quoi il serait perdu.

Aussi le mélancolique ne fait aucun effort, il reste passif, et on ne trouve pas chez lui ces crises angoissantes du neurasthénique qui joue un rôle vraiment actif, mais infructueux: c'est le « non vouloir tranquille », pour caracté-

ser d'un mot, le neurasthénique ne « peut » pas, le mélancolique ne « veut » pas.

Evolution et pronostic. — Nous allons maintenant dire quelques mots de l'évolution et du pronostic de ces deux syndromes :

1^o *La neurasthénie*, nous l'avons vu, s'installe lentement, dans la plupart des cas et arrive par une aggravation progressive à sa période d'état; mais une fois établie, elle ne suit plus une évolution régulière: au moment où le malade paraît toucher à sa guérison, le cycle recommence sous l'influence de causes plus ou moins banales. Ces rechutes sont la règle dans la neurasthénie: « C'est en quelque sorte un caractère typique de cette affection que sa variabilité, son irrégularité d'allures et la multiplicité de ses fluctuations », a fait remarquer Levillain. De même tous les symptômes marchent de pair, et suivent l'état mental dans ses alternatives d'amélioration et de dépression, de découragement.

2^o *Le pronostic* est assez variable: dans la généralité des cas, après une série d'oscillations plus ou moins nombreuses, le neurasthénique guérit, surtout après un traitement bien conduit. Cependant il reste toujours prédisposé à de nouveaux accès qui surviendront à l'occasion des causes les plus banales: « On hérite de soi-même » a dit Lasègue. C'est alors que peut intervenir efficacement une hygiène convenable: si dans la mesure du possible, on peut soustraire le neurasthénique au surmenage, aux émotions, en un mot aux causes qui ont déterminé sa maladie, cet accès peut rester unique et le malade n'en plus présenter.

Il est cependant des cas où la guérison ne se produit pas: sous l'influence de causes diverses, le neurasthénique peut le rester jusqu'à la fin de ses jours: il traîne alors une existence misérable. « Cet état de souffrances continuelles et générales provoque souvent une anémie profonde, un amaigrissement et un dépérissement progressifs: il engendre aussi des idées hypochondriaques qui les plongent parfois dans une grande tristesse et une sorte de langueur physique et

morale dont on parvient difficilement à les tirer. C'est ce qui a pu faire dire avec raison à M. Bouchut, que leur existence est souvent un problème pour ceux qui les voient et qui les observent tous les jours: on se demande, en effet, comment ils peuvent lutter contre de pareilles souffrances et cependant leur vie devenue un martyre, se prolonge pendant des mois et des années sans offrir de réels instants de calme et de repos. La plupart de ces malades néanmoins sont doués d'une résistance vitale vraiment extraordinaire, traînant ainsi misérablement leur existence au milieu de ces douleurs sans fin qui les obsèdent et les assiègent; où ils ne succombent qu'aux progrès d'une affection intercurrente dont leur organisme profondément débilité n'a pu conjurer les périls. » (Huchard). C'est dans ces formes qui tendent à la chronicité, que nous voyons apparaître les conséquences funestes de la neurasthénie; pour soutenir et relever ses forces, le neurasthénique recourt volontiers aux stimulants et surtout à l'alcool, comme il demandera bientôt à l'opium de calmer ses douleurs: de là à l'alcoolisme et à la morphinomanie, il n'y a qu'un pas vite franchi.

Dans les cas où la neurasthénie ne guérit pas et où elle ne devient pas chronique, certains auteurs, Beard, le premier, ont signalé le passage à la vésanie, surtout à la mélancolie: « Beaucoup de mélancoliques entrant dans les asiles ont passé par un long stade de neurasthénie, avant d'arriver aux troubles permanents de la psychose. » Nous pensons aussi que cette terminaison est possible, mais qu'elle est l'exception dans ces formes de neurasthénie. Si le neurasthénique ne doit pas guérir, il restera neurasthénique jusqu'à la fin de ses jours; dans les cas où on a signalé ce passage à la psychose, on a, croyons-nous, pris parfois pour de la neurasthénie de simples cas de mélancolie consciente, ou bien on s'est trouvé en présence de cas de neurasthénie avec tendances héréditaires graves, qu'une analyse même approfondie ne peut pas toujours découvrir.

L'évolution de la mélancolie paraît être plus régulière que

celle de la neurasthénie; elle marche ordinairement plus vite que cette dernière. Après un certain temps on peut observer la guérison: les conceptions délirantes subissent une diminution graduelle et disparaissent, les facultés semblent se réveiller progressivement et le malade guérit; cependant il reste encore, comme le neurasthénique, prédisposé à de nouveaux accès et il est rare qu'un mélancolique s'en tienne à un seul accès.

La mélancolie peut encore se terminer par la mort due, soit à une maladie intercurrente, la tuberculose surtout, ou à une tentative de suicide couronnée de succès.

Elle peut encore évoluer vers l'état chronique, et nous avons signalé comme un élément de pronostic vers l'achèvement à cet état chronique la disparition de l'affectivité du mélancolique; les idées délirantes se systématisent secondairement et aboutissent à ces délires systématisés secondaires: délire de négation de Cotard, d'énormité, d'immortalité, etc.

CHAPITRE II

OBSERVATION V

(Clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André)

Neurasthénie avec phobies et obsessions.

Thérèse B..., 35 ans, tailleuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 56 ans, d'un phlegmon du bras consécutif à la piquûre d'une mouche; de constitution robuste, il n'était pas nerveux et n'aurait pas présenté d'habitudes alcooliques.

Mère encore vivante, âgée de 63 ans; assez nerveuse, d'une émotivité exagérée; elle s'inquiète de toutes choses, même des plus futiles; sujette aux névralgies faciales dès sa plus tendre enfance. Mariée à 21 ans, elle a eu deux enfants:

1^o Une fille, aujourd'hui âgée de 40 ans, lingère, bien portante;

2^o La malade actuelle.

Pas de fausses couches.

A signaler, un oncle du côté maternel, souffrant aussi de névralgies faciales rebelles.

Antécédents personnels. — Thérèse B..., est née à terme, après une grossesse et un accouchement normaux. Elevée au sein maternel elle n'a présenté aucun accident jusqu'à l'âge de 6 ans où elle eut la rougeole; à 7 ans, coqueluche. A 15 ans, pour se débarrasser d'un tœnia, la malade absorba de nombreux médicaments qui fatiguèrent beaucoup son estomac. Premières règles à 14 ans; de-

puis, elles ont été toujours très régulières jusqu'à ces dernières années où elles sont devenues moins abondantes; jamais d'aménorrhée complète.

Histoire de la maladie. — Jusqu'à l'âge de 19 ans, la malade nous paraît avoir joui d'une santé relativement bonne; sa nature alors vigoureuse, lui rendait facile son travail de couturière, malgré qu'elle veillait assez souvent, très tard dans la nuit. Elle avait 20 ans lorsque sa mère tomba malade de la variole; elle fut sa garde-malade, se surmena pendant les 3 mois que dura cette maladie; sa mère guérit, mais la santé de Thérèse déclina rapidement; elle commença par se plaindre d'inappétence, de faiblesse, de courbatures d'insomnie, mais elle put cependant continuer son métier de tailleuse.

Vers cette même époque, la mère d'une de ses camarades d'atelier mourut de bronchite chronique. Elle fut voir la morte, « qui, nous dit-elle, reposait sur son lit, le visage violet et bouffi. En voyant ce visage, j'eus l'impression que cette femme était morte étouffée. » Elle en éprouva une grande émotion. Elle sort de chez son amie, bouleversée, et dès lors, l'image de la morte se dresse sans cesse devant ses yeux; l'idée de cette asphyxie s'implante dans son esprit, et malgré les efforts désespérés qu'elle fait, pour la chasser, elle devient sa préoccupation de tous les instants. Bientôt elle reporte cette idée sur elle-même; elle va mourir étouffée, asphyxiée comme la mère de son amie; elle sent même qu'elle étouffe de jour en jour, et le dénouement fatal est proche, car son état de faiblesse ne lui permet pas d'opposer la moindre résistance. Cette peur d'étouffer la poursuit toute la journée, mais aux approches de la nuit, elle devient une véritable torture, l'obscurité porte cette phobie à son paroxysme et la malade passe ses nuits à demi assise sur son lit, avec auprès d'elle et à portée de sa main, une lampe allumée.

Elle n'ose plus descendre dans une cave, aller dans un endroit sombre, même avec une lumière, car, dit-elle « si la lumière s'éteint, c'est fini aucun moyen de résister à l'étouffement. »

En même temps la santé de Thérèse devient de plus en plus mauvaise; elle dort mal, se couchant tard pour abrégier autant que possible la durée de la nuit si terrible pour elle; s'agitant dans son lit

elle attend le sommeil pendant de longues heures, ruminant sans cesse cette idée que l'asphyxie peut l'emporter subitement sans qu'elle ait le temps d'appeler au secours. Lorsqu'elle s'endort, il est ordinairement 2 ou 3 heures du matin; son sommeil est troublé par des rêves fréquents, rarement professionnels, le plus souvent pénibles, avec des visions tristes. Son sommeil dure à peine 4 et 5 heures et elle se réveille la tête lourde, brisée de fatigue.

Elle mange très peu maigrit rapidement et elle a même peur que son intestin devenu trop petit, ne puissé contenir les aliments, ou les laisser passer; ils vont s'arrêter et elle étouffera encore par ce moyen.

Elle éprouve des vertiges avec la sensation que le sol se déplace sous elle; vertiges coïncidant avec des sifflements d'oreilles, des bourdonnements plus accentués à gauche; son acuité auditive diminue et elle ira s'affaiblissant par la suite.

Tout travail lui devient impossible; toujours en proie à mille malaises se croyant perdue, elle consulte successivement plusieurs médecins. Six reçurent sa visite à différentes époques, chacun prescrivant un traitement, que la malade suivait, paraît-il, très rigoureusement; surtout des toniques, des injections de cacodylate de soude, de l'hydrothérapie. Il y eut des améliorations passagères, mais la guérison tant souhaitée par la malade, ne se produisait pas.

Telle est l'histoire de la malade jusqu'au mois d'avril 1907, époque à laquelle Thérèse vint une première fois à la consultation de M. le professeur Régis; après examen, M. Régis conseille un séjour de quelque temps à l'hôpital, mais il se heurte à un refus catégorique de la part de la mère de la malade qui l'accompagne; cependant, quelques jours après, à la suite d'une nouvelle consultation, la malade se décide à entrer à l'hôpital où il nous est permis de l'examiner le 8 mai 1907.

Examen de la malade. — Nous nous trouvons en présence d'une femme qui paraît triste, abattue, occupée cependant à des travaux d'aiguille. Lorsque nous l'interrogeons sur son état, elle quitte son travail et se montre d'une loquacité frappante; pour nous parler de ses différents malaises, des divers maux dont elle a souffert, elle est vraiment intarissable. Elle a l'idée qu'elle est fort malade, qu'elle peut le devenir plus encore et qu'elle ne guérira pas.

Examen psychique. — Pas de troubles de l'idéation, à proprement parler; sa peur d'étouffer existe toujours et, a créé des moyens de défense qui consistent en de grands efforts inspiratoires, de grands mouvements d'élévation et d'abaissement des épaules, accompagnés de nombreux reniflements. La malade les explique, disant que le reniflement désobstrue les fosses nasales et permet l'arrivée dans les voies respiratoires d'une plus grande quantité d'air; le mouvement des épaules a pour but de dégager, de dilater sa poitrine, trop étroite, qui ne contient pas assez d'air et ne permet pas au sang de circuler assez rapidement. — De même, elle croit toujours que son tube digestif est trop petit et elle mange très peu, s'étonnant de voir manger les autres malades et se demandant comment leur estomac peut être assez vaste pour contenir tant d'aliments.

Elle se plaint aussi de ressentir des craquements dans la tête; son cerveau lui semble trop plein et prêt à éclater. Elle a toujours la peur de devenir folle et de ne jamais guérir; elle n'a jamais présenté d'idées de suicide; interrogée à ce sujet, elle prétend qu'elle croit qu'elle mourra bientôt, mais n'a jamais songé à se détruire, elle a plutôt peur de mourir.

Son affectivité persiste; elle aime bien sa famille, se rend compte qu'elle est insupportable, et qu'elle cause ainsi du chagrin à sa mère. Très émotive, un rien la tourmente, la préoccupe.

Examen physique. — Femme de 30 à 40 ans, assez maigre, pas de stigmates de dégénérescence. L'examen des divers appareils a permis de noter les symptômes suivants:

Appareil digestif: anorexie. — Digestion lente, s'accompagnant de sensation de constriction au niveau de la région épigastrique après le repas. — Eructations fréquentes; renvois aigres. — Constipation. — A l'examen, on est frappé par le mauvais état des dents dont la plupart manquent ou sont cariées; la langue est bonne. L'estomac est dilaté par la succussion on perçoit un bruit de clapotement.

Appareil respiratoire. — La malade se plaint d'une grande gêne respiratoire, mais l'examen des voies aériennes et des poumons ne révèle rien d'anormal. Le nombre des respirations est seulement plus fréquent: 22 à la minute.

Appareil circulatoire. — Bruits du cœur un peu sourds, mais pas

de souffles. Légère tachycardie: 106 révolutions à la minute. Le poulx est bien frappé, rapide, en rapport avec l'accélération cardiaque.

Pas de troubles de la circulation périphérique: pas d'œdèmes ou de varices. Pas de signes d'artériosclérose.

Appareil génito-urinaire. — Règles régulières, mais peu abondantes; jamais d'aménorrhée. Pas de pertes blanches.

Mictions normales, sans douleur.

Analyse des urines: 10 mai 1907:

Volume.....	1 litre.	Aspect limpide.
Densité.....	1014	Sédiment faible.
Réaction.....	acide.	
Couleur.....	jaune.	par litre.
Eléments normaux. — Urée.....	12 gr. 30	
Acide phosphorique total...	1 gr. 10	
Na. Cl.....	9 gr.	
Eléments anormaux. — Albumine.....	traces.	
Glucose.....	0	
Pigments biliaires.	0	
Sang.....	0	

Système nerveux. — La sensibilité générale est conservée sous tous ses modes. Les reflexes cutanés ou tendineux sont normaux. Le sommeil est assez bon; la malade dort de 5 à 6 heures par nuit; quelques rêves professionnels; pas de cauchemars.

La mobilité est intacte; la force musculaire conservée, et la malade ne reste pas inactive, elle s'occupe à des travaux d'aiguille pendant la journée.

Crampes fourmillements dans les jambes que la malade attribue au manque de circulation qui ne se porte pas aux extrémités.

Organes des sens. — Vision. — Vue normale, mais la malade se plaint d'asthénopie accommodative; aussitôt, qu'elle entreprend un travail quelconque, surtout quand elle veut coudre, sa vue se trouble, elle voit des points brillants devant ses yeux; elle éprouve des picotements et ses yeux s'emplissent de larmes.

Ouïe. — La malade dit entendre très mal : Bruits subjectifs consistant surtout en bourdonnements, sifflements; pas de bruits de voix.

Soumise aux épreuves de Rinne, de Weber, la malade donne des réponses contradictoires; elle prétend ne pas entendre les vibrations d'un diapason placé très près de son oreille, et répond parfaitement si à voix basse on lui demande des nouvelles de sa santé. A l'examen otoscopique gros bouchon de cerumen dans l'oreille gauche.

Odorat. — La malade dit avoir le nez bouché, ce qui l'empêche de respirer; aussi elle renifle fréquemment en appuyant l'index de la main droite sur la narine droite où elle sent des craquements. Elle ne sent pas de mauvaises odeurs. A l'examen du nez, rien de particulier; la muqueuse est seulement pâle, sèche, anémique.

Goût. — Rien à noter.

Juin 1907. — La malade est en traitement à l'hôpital Saint-André depuis un mois; son état semble n'avoir pas subi un grand changement; elle est cependant légèrement améliorée au point de vue physique; l'appétit s'est quelque peu relevé et les diverses fonctions s'accomplissent normalement. Son état mental n'a guère varié: toujours les mêmes phobies persistent: peur de l'obscurité, de l'asphyxie, de l'obstruction du nez, de devenir folle. Elle croit cependant qu'elle va mieux, et elle commence à penser qu'elle n'est peut-être pas incurable et qu'elle guérira.

Sur sa demande, elle sort de l'hôpital le 10 juin.

Janvier 1908. — Nous avons pu avoir des nouvelles de Thérèse B..., son état s'est amélioré; elle travaille à son métier de tailleur, et ne ressent pas cet état de faiblesse si prononcé et dont elle se plaignait. Son appétit a augmenté et ses digestions se font assez bien. Son état mental paraît aller mieux; la phobie de l'obscurité et des étouffements semble avoir disparu, elle croit maintenant qu'elle est sur la voie de la guérison et ses tics sont moins nombreux et plus espacés. Seule encore la croyance à l'obstruction des fosses nasales et aux craquements du cerveau persiste à un certain degré.

OBSERVATION VI.

(Clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André)

Mélancolie avec conscience.

Elisabeth B...

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements sur les grands parents paternels ou maternels.

Le père est mort à 45 ans des suites d'un accident (écrasé par un train pendant qu'il travaillait sur la voie ferrée). — C'était un alcoolique, au caractère vif et brutal, battant sa femme et brisant volontiers les meubles.

La mère vit encore et peut travailler; elle n'aurait jamais été malade. Elle a eu 5 enfants dont deux sont morts en bas-âge. Sur les 3 autres deux sont employés à la Compagnie du Midi, la malade étant la dernière.

Antécédents collatéraux. — Le mari, qui a corroboré les renseignements donnés par la malade, est âgé de 46 ans, jardinier. Bien portant jusqu'en juillet 1907, époque à laquelle il souffrit d'une congestion pulmonaire, actuellement guérie, mais qui semble avoir été une des causes occasionnelles de la maladie apparue chez Elisabeth B... Pas buveur ni nerveux.

De ce mariage sont nés deux enfants: 1^o une fillette actuellement âgée de 13 ans, qui a été toujours chétive, malingre, sujette aux migraines et qui a présenté des convulsions dans son enfance.

2^o Un garçon, mort à l'âge de 7 mois, d'une maladie inconnue.

Antécédents personnels. — Son enfance paraît avoir été normale; à noter, une rougeole et une scarlatine à des dates imprécises. Réglée à 12 ans, mais ses règles ont été de tout temps peu abondantes, irrégulières et douloureuses. Nombreuses migraines et névralgies dentaires. Se marie à 24 ans et outre les 2 grossesses signalées fait deux fausses couches l'une après une chute, la deuxième après un excès de travail. Elle n'a pas nourri ses enfants.

Au point de vue mental, elle a été toujours très impressionnable; de bonne heure elle fut péniblement frappée par les scènes fréquentes qui agitaient le ménage de ses parents, et, plus âgée, ces scènes familiales furent pour elle un sujet constant de préoccupations. Tous les chagrins de la vie l'ont fortement frappée; à la mort de son père elle resta longtemps très triste, abattue, d'une façon anormale.

Elle ne reçut qu'une instruction très rudimentaire, lisant avec difficulté et sachant à peine écrire.

Histoire de la maladie. — La malade exerçait la profession de jardinière; son métier la fatiguait et elle se plaignait de maux d'estomac et d'intestin depuis longtemps, avec des alternatives de diarrhée et de constipation. Ses règles de plus en plus irrégulières, cessèrent brusquement dès l'apparition des premiers symptômes de sa maladie.

Au mois de juillet dernier, son mari tomba malade et le médecin ne cacha pas la gravité du mal; dès lors, la malade qui depuis quelque temps, était très préoccupée au sujet du règlement des comptes et du loyer, tomba dans une grande anxiété au sujet du rétablissement de son mari; de plus, elle avait constamment à l'esprit le souci de sa situation après sa mort. Déjà aussi elle craignait constamment pour la vie de sa fille qui travaille à Bordeaux, et reste toute la journée hors de la maison. A cet état se joignait une grande instabilité; la malade ne pouvait rester en place, ne se plaisait à aucun travail. La nuit elle dormait très peu et son sommeil était interrompu par des cauchemars, des rêves terrifiants. L'appétit était fort diminué et ses malaises digestifs allaient en augmentant.

Ayant entendu dire que l'on pouvait ensorceler les gens, et provoquer chez eux des maladies, elle crut s'apercevoir de l'hostilité de certains voisins à son égard, sans pourtant les désigner personnellement ou leur reprocher des faits précis. Elle craignait alors pour sa fille qui emportait le repas de midi, et avait peur qu'on mit du poison dans ses aliments pour lui faire une farce. Elle avait peur de tout; une voiture s'arrêtait-elle devant sa maison, elle croyait qu'on lui rapportait sa fille malade ou morte. Il faut remarquer que ces craintes se rapportaient toujours à sa famille; jamais à elle-même. Cependant, son mari se rétablissait peu à peu et il n'y avait

pas lieu de s'alarmer à son sujet. Elle devenait irritable et alla même jusqu'à chasser sa mère venue pour la consoler. Dès ce moment, (octobre 1907), son état empire; les nuits sont agitées et sans sommeil, il lui semble parfois entendre des bruits dans la maison, des voix confuses. Tout le monde s'occupe d'elle et elle croit qu'on veut l'enfermer dans un cloître; cependant, elle pensait aussi que c'était absurde de croire cela. « J'avais tellement peur qu'on m'y mette et qu'on me sépare des miens, que je croyais, en effet, qu'on allait m'enfermer. » Enfin, un jour, pour se soustraire à ces pensées obsédantes, elle résolut de se suicider et pour cela, se mit à taper de la tête contre les murs, mais ne réussit qu'à se faire quelques contusions sans trop de gravité. Après cette tentative de suicide, elle resta pendant près d'un mois, immobile, ne parlant que rarement, et indifférente à tout ce qui ne se rapportait pas à son enlèvement ou à la destruction de sa famille; elle avait de nombreuses crises de larmes. Peu à peu, la malade semble revenir à elle, elle reprend son travail; la pensée du cloître ne l'effraye plus, mais elle éprouve toujours des craintes au sujet de sa famille. C'est à ce moment (novembre 1907), qu'elle est admise à l'Hôpital Saint-André, dans le service de M. le professeur Régis.

Examen de la malade. — Elisabeth ... se présente à nous accablée, abattue, soucieuse; les gestes sont rares, comme mesurés; la voix est traînée, plaintive, basse. L'expression de la physionomie indique la tristesse, change peu, et la malade se met parfois à pleurer au souvenir des périodes de sa vie.

Elle ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence; la taille est un peu petite, mais proportionnée; les membres sont bien implantés et normalement développés; pas d'asymétrie faciale, ou de malformations crâniennes.

Au point de vue intellectuel, elle ne paraît pas présenter d'idées délirantes caractérisées; elle répond à l'interrogatoire d'une façon claire et précise — on note seulement un même thème d'idées tristes et pénibles qui reviennent le plus souvent; ce sont toujours les craintes relatives à la santé de son mari; elle se figure qu'il va mourir, et se tourmente à chercher le moyen par lequel elle pourra gagner sa vie; elle croit aussi qu'il va arriver malheur à sa fille, et qu'elle ne peut la protéger.

Son affectivité et son émotivité sont exagérées; elle pleure en racontant la série de craintes relatives à sa famille, ou la mort de son père, survenue il y a 20 ans et dont elle se rappelle tous les détails. Elle pleure encore parce qu'elle a vu deux malades se disputer et se battre, ou que son mari a manqué une visite et qu'il doit être malade. Elle ne présente pas d'idées d'auto-accusation, ne se croit pas la cause des souffrances et des malheurs qui peuvent s'abattre sur sa famille; pas d'idées d'indignité ou d'humilié. Pas d'hallucinations ou d'illusions.

Sa mémoire, malgré ses dénégations, est conservée, et après un effort que la malade fait, d'ailleurs très complaisamment, elle peut donner des dates précises, des détails de peu d'importance.

Elle vit dans un perpétuel état d'anxiété, tout en se rendant compte que ses craintes et son raisonnement ne sont pas fondés; reconnaît qu'elle exagère, mais elle ajoute: « C'est plus fort que moi ».

Il est difficile de savoir si elle a des troubles de la conscience, ou de la personnalité; cependant elle dit qu'elle n'a jamais trouvé rien de changé autour d'elle.

Son activité est amoindrie; elle entreprend volontiers un travail, mais l'abandonne bientôt, parce qu'elle n'a pas de goût et qu'elle est préoccupée par ses idées tristes. Elle voudrait, dit-elle, aller à la campagne où elle aurait plus d'air et pourrait faire de l'exercice.

Depuis qu'elle est à l'hôpital, elle a consenti à suivre les prescriptions, s'alimente convenablement et n'a plus eu d'impulsions au suicide.

L'examen physique ne révèle qu'un état digestif mauvais; la langue est blanche, l'haleine fétide, les digestions lentes avec alternatives de diarrhée et de constipation. Le ventre n'est pas ballonné; pas de dilatation d'estomac.

L'appareil circulatoire est normal; le pouls est un peu petit, mais régulier et bat à 68 pulsations à la minute.

L'appareil respiratoire ne présente rien de particulier à signaler.

Du côté du système nerveux, pas de troubles organiques appréciables; sensibilité conservée à tous les modes. Réflexivité muqueuse et tendineuse normales. Le sommeil, grâce à une potion au chloral et bromure de potassium, est assez bon.

Appareil génito-urinaire. Règles toujours très irrégulières et douloureuses; appétit génital très diminué.

Pas de troubles fonctionnels urinaires.

L'analyse des urines n'a rien révélé d'anormal.

La nutrition générale est bonne; pas d'asphyxie locale des extrémités; pas de troubles trophiques; la malade a augmenté de poids depuis son entrée à l'hôpital.

Nous allons encore reprendre les observations de ces malades et d'après leur analyse, indiquer les caractères dominants qui nous ont autorisés à les classer dans l'un ou l'autre syndrome: nous utiliserons encore dans ce chapitre les descriptions données par les divers auteurs qui ont étudié ces cas de neurasthénie et de mélancolie.

1^o *Neurasthéniques*. — Chez les premiers, que nous pouvons appeler neurasthéniques cérébraux ou psychiques, pour marquer l'importance des troubles cérébraux qui dominent le tableau et impriment à la maladie une physionomie et une marche tout à fait particulières, nous retrouvons encore les stigmates de Charcot, ainsi que la plupart des troubles secondaires: ils s'y présentent avec le même aspect et les mêmes caractères, aussi nous n'insisterons pas sur leur description et nous nous attacherons plus spécialement à l'étude de quelques points particuliers à ces variétés de neurasthéniques: nous voulons parler de l'hérédité, de l'état mental de ces malades, de la marche et de la terminaison de leur affection, .

L'*Hérédité* ne fait jamais défaut: parfois similaire, mais dans la plupart des cas dissemblable, elle ressemble à celle des neurasthéniques étudiés plus haut, mais dans les cas actuels, il ne faut pas se baser sur la seule étude des antécédents familiaux, souvent peu accusés, passant même parfois inaperçus, il faut étudier surtout les antécédents personnels, les traces déposées par l'hérédité dans l'organisme de l'enfant et accusées d'une façon remarquable à la

puberté: « Ces soi-disant héréditaires sont donc avant tout des congénitaux, des infantiles ou même des juvéniles: leur propre caractère est d'avoir été frappés pendant la période de croissance et de présenter par conséquent des arrêts de développement et des malformations aussi bien au physique qu'au moral. La cause qui a agi importe peu, c'est l'âge où le malade a été atteint qui détermine la cause du mal » (Cotard). Ces sujets issus de familles tarées sont souvent dès leur naissance en continuelle imminence de neurasthénie. Même au cours d'une vie régulière et paisible, leur système nerveux se fatigue et ils sont appelés à verser fatalement dans la névrose. Gilles de la Tourette dit: « leur système nerveux n'est pas accidentellement épuisé, il est congénitalement faible, débile, dévié même dans les fonctions les plus essentielles, il est en un mot héréditairement mal constitué pour un fonctionnement normal. » Aussi voyons-nous toute une série de troubles morbides s'installer chez eux pendant leur jeunesse: ce sont parfois des individus intelligents, vifs, primesautiers, « de petits prodiges », mais timides, sans énergie, sans volonté et doués d'une sensibilité émotive des plus marquées: dès le jeune âge, mais surtout à dater de la puberté, on voit naître chez eux des bizarreries, des tics, des idées fixes: ils s'inquiètent et s'énervent pour des riens; ils sont sujets aux troubles nerveux les plus variés, névralgies, migraines, palpitations.....

Etiologie. — Aussi les causes occasionnelles que nous avons étudiées dans le précédent chapitre n'auront qu'un rôle très effacé dans le développement de la maladie. Tout ce groupe, si important qu'il paraisse par ses facteurs infinis, ne sera au fond que l'occasion, le prétexte que saisit l'élément psychique d'entrer en jeu; il s'est servi d'un de ces facteurs, mais, à défaut, il se serait contenté du voisin. C'est dire qu'il faudrait, si on voulait les énumérer, signaler toutes les péripéties de la scène pathologique et les déboires de la vie courante; cependant certains sont plus fréquents et nous retrouvons encore: les émotions morales, les chagrins, les troubles digestifs, génitaux...

L'invasion de la maladie est parfois difficilement appréciable, le malade ayant souvent présenté des signes de faiblesse cérébrale bien avant la cause qui a pour ainsi dire, servi de déclenchement et provoqué une recrudescence des troubles, et attiré l'attention du malade ou de son entourage: on a eu des périodes d'activité, suivies de périodes de dépression: les premières étaient considérées comme normales, les deuxièmes comme un besoin de repos bien mérité après ces excès de travail; cependant est arrivé le moment où tout travail est impossible et où le sujet lui-même s'avoue malade: c'est alors qu'on est appelé à voir le malade, et ce qui frappe aussitôt c'est son état mental.

Etat mental. — Nous pouvons le caractériser encore par de la dépression cérébrale; ces malades présentent une diminution notable de la volonté, un état d'irrésolution perpétuelle, une faiblesse marquée de l'attention avec impossibilité d'un effort quelque peu soutenu: leur humeur est mobile, leur caractère irritable: presque toujours il existe une véritable hyperesthésie, morale, une tendance marquée à donner aux plus petites choses une importance exagérée, à s'émouvoir pour des riens, d'où leurs grandes préoccupations hypochondriaques. Ce n'est pas tout; sur ce terrain admirablement préparé, vont germer et se développer des idées fixes, des obsessions des impulsions, actives ou négatives, mais conscientes et raisonnées. Le mécanisme qui préside à leur production est assez simple: l'autoanalyse si approfondie à laquelle se livre le malade, les troubles cénesthésiques qui lui apportent des sensations perverses, font naître dans le cerveau des idées qui seront d'autant mieux acceptées par le malade qu'elles revêtent un caractère pénible; en effet, le neurasthénique, en raison de la tournure de son état mental, tend à penser aux choses tristes, tout comme un organisme débordant de santé ne peut songer qu'à la joie d'être et de se sentir exister. Le moindre trouble va engendrer une idée qui d'abord persiste quelque temps, puis disparaît, revient plus tenace que jamais, persiste d'une

façon anormale et s'installe enfin définitivement, causant un véritable tourment au malade; en effet le neurasthénique se rend compte de la fausseté de ses idées, de l'inanité de ses craintes et veut les chasser; il lutte, il cherche à s'opposer à l'envahissement de sa conscience par ces idées fixes, ces obsessions: de là cette angoisse, cette anxiété caractéristique survenant par crises qui augmente à mesure que ces craintes, ces phobies s'enracinent plus profondément. « Il s'agit là, dit Luys, d'une de ces situations poignantes que je compare assez volontiers (parce que précisément elle a pour théâtre le système nerveux) à celle d'un malheureux tétanique qui sent successivement ses membres inférieurs envahis par les contractures, puis ses membres supérieurs, puis les muscles de la poitrine et ceux de son larynx, amenant des accès de suffocation terribles et qui, impuissant à maîtriser le mal qui l'obsède et l'étreint de plus en plus, lutte tout d'abord, s'exalte, s'émeut et s'épuise consumé d'efforts pour finir forcément étouffé. » Ces phobies ou obsessions ont la plupart du temps pour substratum les altérations cenesthésiques ou les désordres mentaux que le neurasthénique analyse profondément, en un mot elles porteront sur son corps ou son état mental: l'égoïsme du neurasthénique reparaît et ce qui le préoccupe toujours c'est encore sa santé et les troubles qu'il éprouve.

Cet état mental engendre dans certains cas un profond dégoût de la vie et nous voyons certains neurasthéniques présenter des idées de suicide, et même les mettre à exécution; c'est une sorte de suicide par découragement dans une des crises d'angoisse, sous l'influence d'une douleur morale momentanée, à l'occasion d'une cause parfois des plus futiles.

Malgré la gravité de leur état mental, ces neurasthéniques sont encore accessibles aux encouragements; tant qu'ils restent maîtres de leur pensée, ils se laissent convaincre, du moins pour un moment, par des conseils donnés à propos: aussi observons-nous chez eux, toute une série de rémis-

sions et de rechutes. Ces formes de neurasthénie, sont d'ailleurs parmi les plus graves; ce sont ces malades qui traînent une existence misérable, ces sujets qui « restent des invalides au point de vue moral, sinon physique; ce sont des chroniques d'emblée pour ainsi dire, avec des hauts et des bas, qui peuplent les cabinets des médecins, parfois améliorés sous l'influence d'une médication nouvelle, mais jamais radicalement guéris. » (Gilles de la Tourette). C'est à cette race de neurasthéniques qu'appartiennent ces malades qui après avoir consulté et usé tous les médecins de leur pays, s'en vont de ville en ville, se présenter à toutes les consultations neuropathologiques célèbres; ce sont ces neurasthéniques que, sous le nom de « neurasthéniques errants », Meige a pu étudier à la Salpêtrière, où ils viennent échouer le plus souvent de Russie ou d'Asie, juifs pour la plupart.

Ces neurasthéniques sont donc, nous l'avons dit, des chroniques dans la plupart des cas, et la maladie dure autant que le patient lui-même: dans certaines circonstances nous pouvons voir les obsessions évoluer, aboutir au délire et le malade passer à la vésanie la plus confirmée: « les formes auxquelles peut aboutir l'obsession sont la mélancolie, la confusion mentale, le délire onirique, les délires systématisés, dit Ségla. Dans le cas où la maladie évolue vers la mélancolie, elle revêt le plus souvent la forme anxieuse. » Comment se fait cette évolution? La continuité et la durée de l'obsession finissent par produire une fatigue cérébrale qui a pour résultat un affaiblissement relatif de l'intelligence, une augmentation de la « crédibilité » par conséquent et qui fait que le malade accepte enfin pour vraie la supposition obsédante. « A mesure, dit Luys, que les zones de cellules sont successivement mises hors de service par cette œuvre d'invasion lente, le travail de l'activité cérébrale se ressent de la disparition progressive du nombre des ouvriers naturels destinés à l'accomplir. De là cette obnubilation insensible des facultés qui est la conséquence fatale des obsessions prolongées de l'esprit et de la sensibilité;

de là ce défaut de spontanéité et d'énergie qui caractérise les individus ainsi frappés et de là l'usure lente et graduelle des forces cérébrales et finalement ces diverses variétés de la démence qui sont les épilogues des obsessions persistantes de l'esprit passées à l'état chronique. »

II. *Mélancoliques*. — A côté de ces malades que nous faisons rentrer encore dans le cadre de la neurasthénie, nous avons place des malades présentant avec ces derniers quelques points de ressemblance, mais aussi de nombreuses différences qui nous ont permis de les séparer de ce groupe et de les désigner sous le nom de mélancoliques conscients, de déprimés mélancoliques. C'est à cette variété de malades que Fabret a donné le nom de « mélancoliques raisonnants » ou « hypochondriaques moraux avec conscience de leur état. ».

Etat mental. — Leur trouble fondamental est une dépression générale et douloureuse, accompagnée d'un empêchement plus ou moins complet des fonctions psychiques. Toujours attristés, voyant tout en noir, ils ne s'intéressent à rien et semblent ne recevoir du monde extérieur que des sensations contraires et douloureuses: « Tout leur paraît décoloré, dit Falret, et sans attrait; ils ont parfaitement conscience de leur état, s'en affligent et s'en alarment et en exagèrent même tous les symptômes; ils sentent que tout est changé en eux et autour d'eux et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois. Se croyant atteints d'une maladie incurable, contre laquelle on ne peut rien, ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue. Ils ont peur de devenir complètement aliénés et de tomber dans la démence ou l'idiotisme. » Ils se reprochent de n'avoir plus de cœur, de ne plus aimer leurs parents, leurs enfants, et c'est là une nouvelle cause de douleur morale; « toutes les circonstances, disait Griesinger, qui troublent la succession et l'enchaînement des idées qui représentent le moi, peuvent engendrer la douleur morale qui

est constituée par la conscience de ce dérangement survenu dans la marche normale de la pensée. » Cette douleur morale, se manifeste dans l'attitude, la physionomie qui traduisent l'abattement, la tristesse. Une fois qu'elle a fait son apparition, cette tristesse tend à envahir tout le champ de la conscience « qui ne contient plus que l'idée douleur et de même qu'une grande douleur physique atteignant tous nos sens s'accompagne d'anesthésie, de même la douleur morale détermine chez le mélancolique un état d'anesthésie psychique. Il est insensible aux excitants normaux, isolé presque au milieu du monde extérieur, il ne prend plus part à ce qui se passe autour de lui. » Ce qui l'intéressait jadis lui devient étranger, indifférent, lui répugne ou l'irrite. Il ne commet pas encore d'acte de déraison, mais il éprouve de la répugnance à se montrer, à causer, préférant la solitude et l'isolement à la fréquentation de ses semblables. Telles sont les modifications qui se produisent dans la sphère émotive; nous pouvons y reconnaître la douleur morale primitive avec conscience des altérations de la personnalité que nous décrivions au début de la mélancolie délirante.

Que deviennent les fonctions intellectuelles? La volonté est gravement atteinte. « Ces malades flottent; ils veulent et ils ne veulent pas », dit Falret; ils ont surtout une sorte de volonté négative capable seulement de s'opposer à ce qu'on voudrait obtenir d'eux surtout lorsqu'il s'agit de leur donner des soins. Ces mélancoliques ont conscience de cette incapacité à vouloir, et une mélancolique d'Esquirol s'exprimait ainsi: « Je sais parfaitement ce que je devrais faire, vos conseils sont fort bons et j'ai le meilleur désir de les suivre, mais faites que je puisse vouloir, de ce vouloir qui détermine et exécute. Je n'ai de volonté que pour ne pas vouloir. » L'intelligence est lésée dans son fonctionnement, la pensée est lente, l'attention volontaire très diminuée, les associations d'idées sont devenues difficiles et pénibles. Ces malades sont incapables d'un travail suivi, le moindre effort les fatigue, la conversation même leur est à charge.

Nous observons parfois chez eux des phobies, des obsessions, mais elles ne présentent pas cette systématisation et ne déterminent pas ces crises d'angoisse que nous avons trouvées chez les neurasthéniques; ces malades ont plutôt peur de tout, ils vivent dans un état d'appréhension continue, le moindre incident imprévu, le moindre bruit les trouble et les bouleverse (ainsi Elisabeth... entendant une voiture s'arrêter devant sa porte, croit qu'on lui rapporte son mari blessé ou mourant, se désespère parce qu'il a manqué une visite...). Ils se croient la cause des malheurs arrivés à leurs proches, se préoccupent de l'avenir qui leur est réservé ainsi qu'à leur famille et parfois ces idées ont une telle apparence de vérité qu'il devient difficile de dire si leurs craintes sont fondées, si véritablement ils se trouvent en présence de difficultés réelles, comme ces commerçants ou industriels qui disent perdre leur clientèle, ou ces mères de famille qui voient leurs enfants toujours malades et en danger. Il faut recourir alors à des renseignements étrangers. Dans d'autres cas, il faut les pousser à bout, gagner leur confiance, on voit alors que leurs plaintes dépassent la mesure, et, fait qui a une grande importance, on leur fait parfois avouer une idée ou une tentative de suicide, non pas seulement cette vague aspiration à la mort que manifestent tant de névrosés, mais cette impulsion irrésistible qui a déjà amené le malade à choisir le moyen de se donner la mort, ou l'a même poussé à faire une tentative sérieuse.

Ces malades sont voisins des neurasthéniques: comme eux ils présentent de l'inaction motrice, du découragement de la tristesse, mais l'analogie n'est qu'apparente; les symptômes d'inaction, le découragement, l'aboulie se présentent chez les neurasthéniques, par crises, coïncidant avec les paroxysmes des obsessions, tandis que chez le mélancolique ces symptômes sont continus, persistants et réguliers. Le mélancolique est dans la plupart des cas un altruiste; le neurasthénique reste toujours un égoïste, et la tristesse primitive chez

le mélancolique est encore réactive chez le neurasthénique.

Nous pouvons donc classer ces malades parmi les mélancoliques, comme nous le disions au début; ils en ont les principaux traits; si nous remarquons que le délire mélancolique est toujours secondaire, ainsi que la plupart des hallucinations ou des illusions, nous avons le tableau de la période prédélirante du mélancolique décrit dans le précédent chapitre.

Evolution. — D'ailleurs si nous suivons ces mélancoliques dans l'évolution de leur maladie, nous voyons des mélancoliques conscients verser, sous l'influence des causes diverses dans la mélancolie délirante; dans d'autres cas, cette forme de maladie se manifeste sous forme d'accès plus ou moins longs, se reproduisant plusieurs fois chez le même malade. C'est le type le plus fréquent de la mélancolie intermittente. Le malade guérit, mais c'est une guérison précaire et sujette aux récidives. Le suicide est parfois la terminaison de ces malades, et dans la plupart des cas, l'internement ou l'isolement avec une surveillance constante sont nécessaires. « Le praticien, dit Dubois (de Berne), ne doit jamais oublier le mot de Gudden qui périt avec le roi de Bavière pour avoir enfreint lui-même cette règle: ne vous fiez jamais à un mélancolique. »

Qu'on nous permette, en terminant ce chapitre, de mentionner ici un fait qui nous a frappé en étudiant ces malades, et que nous croyons avoir son utilité pratique: c'est le rôle considérable que joue l'hérédité dans le développement et la marche de ces maladies; les cas de neurasthénie ou de mélancolie simples, chez des individus sains, sans tare héréditaire guérissent dans la plupart des cas, tandis que les malades marqués au sceau de l'hérédité restent le plus souvent incurables; ce sont ces héréditaires qui, surtout placés dans de mauvaises conditions sociales, contribuent à augmenter le nombre de ces déclassés, incapables d'aucun effort physique ou moral, parmi lesquels Charcot et Benedik avaient reconnu qu'il se trouvait un si grand nombre de neurasthéniques constitutionnels.

Il existe certains cas où une hérédité grave, convergente, a imprimé au système nerveux des modifications tellement profondes, qu'on peut les considérer comme définitives. Ce sont ces cas, où l'hérédité produit, d'après l'hypothèse de Arndt, reprise par Déjerine, un arrêt de développement du système nerveux ou des troubles dynamiques d'une grande intensité. Devant de tels cas, l'hygiène, la prophylaxie ou la thérapeutique doivent reconnaître leur impuissance, mais la constatation de ces cas désespérés où l'être humain est ainsi marqué à sa naissance par le doigt de la fatalité et voué à une incurabilité absolue, n'autorise pas à rester inactifs devant les autres héréditaires. C'est un des plus nobles devoirs, une tâche digne des plus grands efforts, que de chercher à combattre ces tendances morbides créées par l'hérédité. Si le hasard nous met parfois en présence de ces enfants prédisposés, chez lesquels nous pouvons prévoir l'apparition future de troubles mentaux plus graves; il est de notre devoir de signaler le danger, et de montrer comment une éducation bien comprise peut leur éviter, dans une certaine mesure, ces maladies graves dont ils deviennent la proie trop facile. Dans les cas où l'on arrive trop tard, où une affection mentale est déjà constituée, où le traitement n'a plus de prise sur le malheureux qui a été frappé, pensons à la descendance du sujet et tachons de la préserver, de la mettre en mesure d'affronter avec avantage la lutte pour l'existence. Janet encourage à cette lutte: « les maladies de la race peuvent se guérir comme les maladies de l'individu et dans des tables généalogiques, nous voyons la famille se rétablir après avoir été gravement atteinte pendant une ou deux générations. » Travaillons à ce rétablissement; souvenons-nous qu'une éducation convenable peut relever, diriger et soutenir ces cerveaux affaiblis et, comme dit Ballet, « créant des instincts artificiels capables de faire équilibre aux instincts héréditaires, de les étouffer même, peut substituer à l'habitude ancestrale, innée, une habitude individuelle, acquise. »

CHAPITRE III

Dans les précédents chapitres, nous avons étudié des malades que nous avons pu classer dans l'un ou l'autre syndrome: nous arrivons maintenant à ces formes mixtes, ces cas extrêmes placés dans cette zone neutre, ce territoire indivis, que nous avons signalés sur les limites de la neurasthénie et de la mélancolie. Les malades dont nous allons donner les observations, ont présenté des troubles ressortissant à la neurasthénie, et d'autres phénomènes de nature nettement mélancolique.

Nous diviserons notre étude en deux parties: dans la première, nous étudierons des malades qui ont présenté simultanément ces divers troubles; dans la seconde, figureront ceux chez lesquels la mélancolie a succédé à la neurasthénie ou réciproquement.

1^o Cas à troubles névropathiques et psychopathiques simultanés.

OBSERVATION VII

(Clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André)

Mme R..., 41 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 66 ans. Elle était nerveuse et atteinte pendant ses dernières années de la phobie de la folie. Elle est morte à la suite d'une seconde attaque de paralysie. Rien à noter dans sa famille.

Père vivant, 82 ans, bien portant. A toutes ses idées. Rien à noter dans sa famille.

Collatéraux. — La malade a une sœur, âgée de 49 ans, mariée et mère de deux enfants bien portants. Pas nerveuse, pas d'idées fixes.

Antécédents personnels. — A noter une fluxion de poitrine à l'âge de 10 ans. Fièvre typhoïde avec délire à 19 ans.

La malade fut réglée à 14 ans. Depuis les règles ont toujours été régulières. Depuis quelque temps seulement, elles apparaissent toutes les 3 semaines et sont moins abondantes.

Elle se maria à 23 ans; à ce moment sa mère était déjà atteinte de sa phobie. Elle eut beaucoup de chagrin à l'annonce du mariage de sa fille et tomba dans un mutisme complet. C'est alors que notre malade, affectée par l'état de sa mère, se demanda si elle ne deviendrait pas bientôt comme elle et dans cette crainte retarda son mariage. Elle consulta alors un médecin qui lui dit de passer outre et de n'attacher aucune importance à ces idées. Le mariage eut lieu.

En 12 ans, la malade eut 5 grossesses. Toutes se passèrent normalement furent suivies d'accouchements normaux et de suites régulières.

Histoire de la maladie. — Elle a nourri ses 5 enfants. Cependant 4 ou 5 mois après la naissance de son dernier enfant, elle fut obligée de renoncer à le nourrir, n'ayant plus assez de lait. En outre, à ce moment, elle eut beaucoup de tracasseries, de soucis de ménage et dut se livrer à un travail acharné. L'enfant mis au biberon, devenait superbe, quand il fut pris d'accidents méningés et mourut après 3 jours seulement de maladie. Cette mort la bouleversa. Elle devint triste taciturne et bientôt s'aperçut d'un changement qui s'était opéré en elle. Sa souffrance, son chagrin de la perte de l'enfant qu'elle aimait, au lieu de le sentir dans le cœur, elle l'éprouvait seulement dans la tête. Elle sentit qu'elle n'éprouvait pas sa peine comme elle aurait dû la sentir. Sans doute elle songeait à cet enfant chéri, mais elle sentait que son cœur n'était pas atteint et, dit-elle, elle ne pleurait pas comme il aurait fallu. Elle se prit ensuite à s'accuser d'avoir mal soigné son enfant, de l'avoir privé de lait, et d'être enfin la cause de sa mort. Et toujours ces idées la tourmentaient, elle ne pouvait s'en affranchir.

Ces craintes prenant la tournure d'idées fixes, elle crut qu'elle allait perdre la raison. Cette appréhension était basée sur les sensations bizarres qu'elle éprouvait. Jour et nuit elle voyait sa mère et son fils; quand elle dormait la nuit elle en rêvait. De plus, elle s'aperçut qu'elle ne voyait pas les objets clairement comme ils étaient. Dans son esprit, tout se modifie, les objets changent de forme, et souvent elle se croit dans des lieux qui n'existent pas. Ce qui trouble le plus notre malade, c'est que pendant ses crises aiguës, elle éprouve quelque chose de bizarre qui l'empêche de reconnaître son mari et ses enfants que pourtant elle aime beaucoup. Par ses yeux, elle voit que ce sont eux corporellement, mais moralement, elle ne les reconnaît plus. Il y a quelque chose qu'elle ne peut expliquer, et qui l'en empêche malgré tous ses efforts. Bien plus, quelquefois, elle prétend n'avoir plus conscience de ses actes. Elle est poussée à s'élancer sur eux, à leur faire du mal. Ces crises la mettent hors d'elle car il lui semble que « l'œuvre va se joindre à la pensée ». C'est alors que pour s'y soustraire, elle se sent poussée à se donner la mort.

« Elle éprouve, dit-elle, dans ses crises, toutes les craintes qu'on puisse imaginer. » Elle croit qu'elle va devenir folle, qu'elle va faire le déshonneur de son mari, de ses enfants. C'est là son idée dominante, elle a peur et ses craintes sont identiques à celles de sa mère. La nuit même, elle en rêve...

La malade est atteinte généralement d'une constipation opiniâtre. Elle a des céphalées persistantes et violentes et dans ses grandes crises, il lui semble qu'elle éprouve au sommet de la tête comme un morceau de marbre, auquel toutes ses idées seraient suspendues.

Son sommeil est mauvais. Le matin elle se lève brisée de fatigue. Elle est triste, constamment, même dans l'intervalle de ses crises; en temps habituel, elle travaille, s'occupe de son ménage...

Pouls: 126; le cœur bat fort, vite, violemment.

Sensibilités cutanée et viscérale: normales.

Reflexes: normaux.

Le besoin d'activité musculaire est parfois très accentué (crises parfois violentes); le besoin d'inaction est fréquent et survient en général après chaque crise d'activité musculaire.

La malade a été soumise à un traitement calmant et fortifiant d'abord, puis à un traitement électrique.

L'amélioration est lente, mais cependant très appréciable. Elle souffre moins, elle est moins triste en temps habituel et les idées hypochondriaques apparaissent plus rarement et avec moins d'intensité. Les crises d'angoisse se répètent moins fréquemment. Les battements du cœur sont moins accélérés. Seule persiste avec la même intensité, la céphalée que la malade localise à la partie postéro-supérieure de la tête et le tic, auquel cette céphalée avait depuis longtemps donné lieu. En somme la malade est en bonne voie de guérison.

Cette malade nous présente des symptômes neurasthéniques et mélancoliques. A la neurasthénie appartiennent ces symptômes d'épuisement nerveux : insomnie, fatigue au réveil, céphalée caractéristique, le tic qu'elle a fait naître, les crises obsédantes, la lutte qu'elles soulèvent et l'angoisse qu'elles déterminent; à la mélancolie, l'état mental fait de tristesse et de dépression, la conscience de l'altération de sa personnalité, ses inquiétudes au sujet de ses sentiments affectifs, et pourrait-on dire, une légère ébauche de délire d'auto-accusation : « elle se prit à s'accuser d'avoir mal soigné son enfant, de l'avoir privé de lait, d'être la cause de sa mort. » Nous croyons même que dans ce cas, c'est l'élément mélancolique qui domine et que nous pouvons appeler cette malade une mélancolique neurasthénique. Ce qui nous fait adopter cette pourrait-on dire, une légère ébauche de délire d'auto-accusation, et la réaction de nature mélancolique qui suit ses crises obsédantes : « pour se soustraire à ces impulsions à s'élancer sur son mari, ses enfants, elle se sent poussée à se donner la mort. »

« Serrigny, dans les *Annales Médicopsychologiques* » de 1898, donne l'observation suivante, qui nous paraît encore représenter un de ces cas mixtes :

OBSERVATION VIII

Mlle X..., 19 ans, passementière, célibataire, Instruction primaire. Entrée à l'asile le 14 mai 1897.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents morts d'affections indéterminées. Grand'mère maternelle nerveuse.

Sa mère, âgée de 55 ans, n'est plus réglée depuis 10 ans. Pas de maladies d'enfance. Ses frères et sœurs étaient des simples et des crédules. Il y a 3 ans, a eu un peu de rhumatisme localisé à l'épaule droite et ayant nécessité un traitement de 3 semaines. Depuis la ménopause, intertrigo de la vulve et des seins. Souffre souvent de migraines. Mariée à 25 ans, a eu 7 enfants dont 5 vivants.

A..., l'aînée, âgée de 28 ans, anémique et rhumatisante;

Jean-Marie, 26 ans, marié depuis 3 mois, en bonne santé;

M..., 23 ans, bien portante;

A. M..., morte à 8 ans, de tuberculose pulmonaire;

M..., notre malade.

Dans la famille maternelle, rien de spécial. Un des frères de la malade a eu un enfant atteint de paralysie infantile à forme hémiplegique.

Le père, 57 ans, s'est bien porté dans son enfance. Rhumatisme articulaire aigu, il y a 8 ans. Il avait un frère qui est mort tuberculeux et qui de son mariage eut 5 filles; deux d'entre elles sont aliénées; l'une est à l'asile du Puy; la deuxième, non internée garde le lit depuis plus de 8 ans; une troisième est morte des suites d'une cardiopathie (insuffisance mitrale). Les deux autres sont mélancoliques et solitaires bien que vivant avec leurs parents de la vie commune.

Antécédents personnels. — Notre malade est venue au monde à terme et d'une façon normale. A 6 ans, éruption prurigineuse. Pas de maladie d'enfance. A 12 ans, abcès à la base du cou. A 16 ans, un peu de dysenterie. Jamais de convulsions.

Réglée à 16 ans, assez régulièrement, sauf au début. La ménor-

rhagie peu abondante, était pénible et s'accompagnait de violents maux de reins. En même temps apparaissaient de vives céphalées qui cessaient avec le flux menstruel au bout de deux jours environ.

La moindre émotion, la moindre contrariété, arrêtaient les règles qui étaient alors remplacées par des épistaxis.

Mlle X..., a toujours été d'un caractère nerveux, irritable et coléreux. Elle avait pour son frère Jean-Marie une affection extrême poussée jusqu'à la jalousie. Quand il voulut se marier, il y a quelques mois, elle en éprouva un chagrin intense, et essaya même de l'en empêcher.

Mlle X..., n'avait jamais été malade, quand l'an dernier, au mois d'août, en travaillant dans un pré où elle fanait, elle se sentit brusquement la tête chaude; elle eut des vertiges et perdit connaissance, Il était environ 4 heures du soir. Cet ictus fut suivi pendant quelques jours d'un léger état délirant avec de la céphalée qui dura un mois environ. Elle resta alitée pendant tout ce temps.

Depuis cette époque elle ne s'est jamais remise complètement. « J'ai toujours été énervée depuis, dit-elle, il fallait que je me remue, que je marche... J'avais aussi le caractère très emporté et je me fâchais sans cesse pour des futilités. »

Sa famille ne la laissait pas sortir à sa guise, aussi était-elle « très gênée (contrariée) dans son mal ». De là, un énervement, une irritabilité encore plus considérables. Elle put cependant reprendre son travail, bien que souffrant encore de fortes céphalées. Au dire du médecin qui l'a soignée, cette douleur de tête était localisée au niveau du sinus frontal.

Ce léger mieux dura environ un mois. En décembre 1896, ses parents l'empêchèrent d'aller travailler dans un pays voisin qui lui plaisait beaucoup; elle en fut vivement contrariée.

Jusqu'à ce moment, la malade est sincère en racontant son histoire. Mais ici elle a l'air de se troubler. Elle aurait raconté à une infirmière du service, le jour même de son entrée à l'asile, qu'elle connaissait dans le pays un jeune homme avec qui elle voulait se marier et que sa famille l'en avait empêchée. Mais elle n'a jamais rien dit de semblable aux médecins; elle rougit quand on lui en parle, prétend avoir tout oublié, jusqu'au nom du jeune homme. (D'au-

tre part, nous savons de source certaine, qu'elle n'a jamais eu de chagrin d'amour.)

Quoi qu'il en soit, c'est vers cette époque que se maria Jean-Marie, le frère de notre malade, ce qui lui causa un profond chagrin et déterminâ une rechute.

Dès lors, elle éprouva de vives céphalées, comme elle en avait déjà eu, céphalées se renouvelant à peu près tous les jours, survenant le matin en se levant, disparaissant vers 9 à 10 heures, après qu'elle a mangé. L'intensité de ces céphalées est très variable; mais toujours elles affectent la forme d'un « cordon serrant le front ». Le soir tout rentre dans l'ordre. La nuit elle dort mal parce qu'elle pense à ce qu'elle va devenir plus tard, ce qui la chagrine et l'inquiète beaucoup. Elle a également des cauchemars, voit des objets noirs passer devant ses yeux, rêve à des précipices où elle tombe... A son réveil, elle voit tout comme à travers un brouillard.

Depuis longtemps déjà, elle s'est aperçue qu'elle a un peu perdu la mémoire, surtout depuis quelques semaines. Ce sont les choses récentes qu'elle oublie le plus facilement, tandis qu'elle se souvient encore bien des faits éloignés. Cette amnésie n'est ni complète, ni permanente; une chose oubliée aujourd'hui lui reviendra à la mémoire demain.

Cette amnésie inquiète notre malade au plus haut degré, et « plus que tout » dit-elle, « ma mémoire ne reviendra jamais, ce n'est pas possible et comment voulez-vous que je la retrouve? Et que vais-je devenir ainsi? »

Elle ne se reconnaît plus elle-même « je suis plus abattue, ma figure n'est plus la même, je suis sans courage... Je me trouve vieillie en peu de temps... » Depuis l'ictus survenu il y a un an, la malade a pris 3 crises de nerfs dans les premiers mois qui ont suivi cet ictus. Le début en est brusque, sans aura. Pas de sensation de constriction à la gorge, pas de perte de connaissance immédiate.

Pas de contractures ni de convulsions.

Après la crise, elle se rend parfaitement compte de ce qu'on a fait, ou dit autour d'elle; elle voit même ce qui se passe, ajoute-t-elle. A la suite, survient une forte envie de dormir.

De mars à mai 1897, elle a fait un séjour à l'Hôtel-Dieu du Puy,

où elle fut considérablement améliorée par des douches. Avant d'entrer à l'asile, elle a fait un séjour d'une dizaine de jours chez ses parents.

Examen somatique. — L'examen ne révèle pas l'existence de stigmates hystériques bien nets; pas de zone hystérogène, ni clou, ni point rachidien précordial ou mammaire. Pas de sensation de boule.

Troubles oculaires assez marqués. Dilatation pupillaire considérable surtout en faveur de la droite. Elle prétend voir plus clair de l'œil droit que du gauche.

Champ visuel normal; acuité n'est pas diminuée.

Elle ne peut, dit-elle, avoir les yeux comme elle le voudrait ce qui la gêne pour la vision. Il n'en est rien cependant pour l'observateur. La sensibilité paraît atteinte dans tout son ensemble. Il n'y a pas de zone d'anesthésie limitée et bien franche; pas d'hypesthésie. Elle dit ne pas sentir elle-même son corps, surtout du côté gauche, elle ne sent pas quand elle est couchée; elle croit être dans le vide et y tomber. De même elle ne se sent pas marcher, mais elle sait cependant qu'elle marche...

Pas de paralysie ou contracture.

Les mouvements volontaires sont difficilement exécutés. Les mains sont faiblement raidies les doigts en flexion dans la paume de la main; l'extension se fait facilement, mais en plusieurs fois, comme chez une personne transie de froid. Cette raideur n'existe que pour la malade, car l'observateur fléchit et étend les différents segments des membres sans éprouver aucune résistance. Il y a non de la contracture, mais de l'aboulie.

La malade avoue, en effet, ne pas pouvoir mouvoir, ses membres et ses doigts comme elle le voudrait: « cela m'a pris, dit-elle, depuis quelque temps, mais surtout depuis mon entrée à l'asile. Je n'ai plus de courage... » Cette aboulie porte sur tout le système moteur; ainsi, elle ne peut ouvrir les yeux, comme tout le monde; « ma langue est paralysée »; la parole est en effet hésitante et embarrassée; elle cherche ses mots, les trouve souvent avec beaucoup de difficulté et ne peut parfois les articuler correctement.

Il existe une certaine immobilité de la mimique, un peu plus accentuée du côté gauche; elle parle à demi-voix, sans ouvrir la bouche,

sans remuer les lèvres; elle ne rit jamais, à peine esquisse-t-elle un sourire qui ne fait que relever d'une façon imperceptible la commissure labiale.

Elle ne peut pas s'habiller seule, ni mettre ses souliers, ni boutonner ses bottines; on est obligé de l'aider à manger, ce qu'elle fait du reste avec une grande malpropreté; elle est en effet très maladroite.

La marche se fait assez bien, quoique avec un peu de lenteur sur un terrain plat; mais l'amyosthénie est assez marquée; à chaque instant ses jambes se dérobent sous elle et elle chancelle; la pointe de son pied heurte les marches d'escalier quand elle veut les gravir.

En descendant, sensation de vertige qui l'oblige à se retenir. La force musculaire est considérablement diminuée, surtout à gauche.

Rien au point de vue organique ni au cœur ni aux poumons; les urines sont normales: ni sucre ni albumine.

Etat digestif médiocre; l'appétit est bon, mais elle mange peu parce que les aliments l'étouffent: digestions lentes et pénibles avec ballonnement du ventre, éructations, constipation.

Ne cherche pas à se distraire ou à s'occuper; ne peut ni coudre, ni lire; elle préfère rester sur un banc à rêvasser. Parfois, laisse échapper une larme.

Traitement par le repos absolu au lit, la tête basse.

« Est-ce bien à de la neurasthénie que nous avons affaire dans ce cas? cela ne semble pas douteux d'après l'étude des symptômes essentiels observés chez notre malade. Et cependant, confions cette jeune fille à un aliéniste, il la taxera de mélancolique, alors qu'un médecin ordinaire aura dit neurasthénie. De part et d'autre, il n'y aura pas eu de réelle erreur de diagnostic?... » (Serrigny).

A ce moment, en effet, tout semblait se borner à de la neurasthénie. Mais quelques jours après l'observation cette jeune fille faisait une tentative de suicide en se laissant tomber sur le plancher de sa chambre, de toute sa hauteur, face en avant. La suite de l'observation nous la montre faisant

une période d'agitation maniaque, suivie d'une période de dépression, puis, d'une nouvelle période d'agitation... Chez cette malade, nous avons donc une réunion de 3 syndromes : hystérie, mélancolie, neurasthénie. Tout se mêle de façon à constituer un assemblage complexe, un véritable hybride où on peut reconnaître certains symptômes essentiels de chaque affection primitive, mais plus ou moins modifiés et auxquels de nouveaux sont venus se joindre.

Etudiant les troubles mentaux qui peuvent se produire au cours des autointoxications gastrointestinales chroniques, M. le professeur Régis signale les difficultés du diagnostic entre la neurasthénie et la mélancolie anxieuse, consciente.

« Tantôt il s'agit d'une mélancolie qui ressemble à une neurasthénie, ou inversement ; tantôt et le plus fréquemment peut-être, il s'agit en quelque sorte de formes mixtes, dans lesquelles les deux éléments neurasthénique et mélancolique s'associent en proportions variables.

Mme L..., m'a été donnée, quand j'ai été appelé à la voir, comme atteinte de mélancolie à forme anxieuse, de mélancolie avec conscience. Après la longue et minutieuse étude que j'ai pu faire des symptômes de son mal, je ne crois pas devoir partager cette opinion, au moins d'une façon absolue et j'estime qu'il y a chez elle plus de neurasthénie que de mélancolie. La distinction peut paraître subtile, mais elle a son importance surtout au point de vue du pronostic et du traitement. Il n'est pas toujours facile dans la pratique, de séparer la mélancolie avec conscience de la neurasthénie parce que ces deux états ont le plus souvent une origine commune, des symptômes communs et qu'ils peuvent s'associer en proportions variables.

Etiologiquement, elles puisent en effet l'une et l'autre, leurs racines principales dans l'hérédité neuroarthritique et se présentent sous forme d'accès à répétition coïncidant avec les moments de saturation de l'organisme par le poison diathésique.

C'est bien ainsi que se présente à nous Mme L..., arthritique, migraineuse, hémorroïdaire, en voie d'artériosclérose, légèrement eczémateuse, variqueuse etc... chez laquelle la plupart des accidents ar-

thritiques, en particulier les migraines et l'hyperhidrose, ont disparu avec l'apparition des troubles mentaux. Mais cela, je le répète, on le rencontre à la fois dans la neurasthénie et dans la mélancolie consciente.

En outre de cette étiologie commune, les deux états ont des points symptomatiques communs.

Le premier, c'est l'inquiétude, l'anxiété, la peur de toutes choses; le second, conséquence du premier, ce sont les gémissements, les lamentations, l'hypochondrie morale, l'attitude et les actes désespérés.

C'est, on peut le dire, en se basant sur l'existence de ces signes, chez Mme L..., qu'on a pu conclure chez elle à une mélancolie anxieuse. En réalité, ces signes peuvent appartenir aussi à la neurasthénie, et tout ce qu'on peut dire dans l'espèce, c'est qu'ils témoignent de l'adjonction à l'état fondamental qui est la neurasthénie, de certains phénomènes de mélancolie. Je n'hésite pas à déclarer, en effet, que chez Mme L..., l'état morbide principal c'est la neurasthénie. Je n'insisterai pas sur les symptômes physiques tels que céphalée amyosthénie, prurit nerveux, spasmes, pollakiurie, etc., qu'elle présente et qui sont caractéristiques de cette névrose. C'est surtout au point de vue mental qu'il importe de montrer la différence; Contrairement à ce qui a lieu dans la mélancolie avec conscience, l'intelligence est ici absolument intacte et il n'y a pas la moindre trace d'idée délirante. De plus, on retrouve, sans exception, tous les stigmates psychiques de la neurasthénie; la difficulté de fixer l'attention, la crainte d'un affaiblissement intellectuel et en particulier d'un affaiblissement de la mémoire qui n'existe pas, enfin et surtout l'anxiété émotive se traduisant par des crises caractéristiques d'obsessions ou phobies avec angoisse. Jamais, dans la mélancolie avec conscience, les choses ne se passent comme chez notre malade. Mme L..., est calme. Tout d'un coup une idée involontaire lui traverse l'esprit; c'est la tentation de chanter un refrain, de dire un mot ou un nom, de casser quelque chose, de se jeter par la fenêtre, de faire des grimaces, de chanter, de danser, de prononcer des mots obscènes...

Cette tentation, la malade fait effort pour la repousser; mais plus elle fait effort, plus la tentation devient tenace, douloureuse, obsé-

dante et de ce conflit entre l'obsession qui entraîne et la volonté qui résiste, naît la crise anxieuse, qui tantôt se termine par la victoire de la volonté (le plus souvent), tantôt au contraire, par l'exécution de l'état obsédant.

Ce processus n'appartient qu'à la neurasthénie avec obsession, et non à la mélancolie. Les impulsions que je viens d'énumérer, et en particulier les impulsions à rechercher des mots, à battre, à rire, à chanter, à danser..., sont absolument étrangères à la mélancolie.

Quant à l'impulsion du suicide, elle y est bien différente; le mélancolique dans son désespoir, veut se suicider... Le neurasthénique, sauf certaines exceptions particulières, ne veut pas se suicider... il a la peur du suicide, tandis que le mélancolique en a le désir; ce qui est bien différent.

Nous allons citer maintenant une observation due à l'obligeance de M. le professeur Régis, qui représente un cas où le diagnostic est assez embarrassant entre l'obsession et la mélancolie.

OBSERVATION IX

J'ai vu aujourd'hui, à ma consultation, Mme X..., Cette dame âgée de 45 ans, intelligente, bonne, très dévouée, et jusque là bien portante, a cessé d'être réglée il y a 18 mois, sans accidents notables, sauf les troubles de la circulation périphérique habituels (bouffées de chaleur, etc.). Elle a eu le malheur de perdre sa mère, très âgée, il y a deux mois et demi environ. Cette mort l'a beaucoup frappée et depuis elle est tombée dans une sorte d'état mélancolique conscient, avec idée fixe de culpabilité. Cette idée consiste à croire qu'elle n'a pas bien soigné sa mère, qu'elle l'a négligée, qu'elle n'a pas fait ce qu'elle aurait dû. Elle passe et repasse les mille détails de la maladie et dans chacun, si infime soit-il, voit la preuve de son auto-accusation. Par exemple, le médecin avait défendu les

fruits cependant, elle a donné à sa mère la moitié d'un abricot, etc... Non seulement elle y pense toujours, mais elle en parle sans cesse et provoque des réponses à cet égard; c'est un besoin, pour elle. Le mal se borne là. Elle a conscience de son état et accepte de se soigner comme on voudra.

Elle dort peu; dès qu'elle se réveille, sa pensée se fixe à nouveau sur son thème mental, sur l'objet de sa préoccupation.

Appétit médiocre. Un peu de constipation.

Urine parfois trouble et un peu graveleuse, douleurs sourdes dans les reins.

Un docteur aurait constaté un peu d'endométrite.

Pas de rhumatismes antérieurement.

Mère morte d'entérite; père vivant, bien portant.

Le point intéressant de cette observation, c'est que, par la limitation et la fixité de l'idée délirante, l'état se rapproche beaucoup de l'obsession neurasthénique: pourtant, M. Régis penche pour le diagnostic de mélancolie avec idée délirante fixe de culpabilité et non de neurasthénie obsédante. D'abord, au point de vue de l'état général, il y a dépression, mélancolie véritable. Puis, il y a idée délirante réelle, idée de culpabilité: enfin, et surtout, il y a idée fixe, plutôt qu'obsession. Dans la mélancolie pour si limitée et pour si fixe que soit l'idée délirante, elle ne constitue pas une obsession, car la volonté ne lutte pas pour la chasser; elle l'accepte, parfois s'y complaît et si on veut discuter la réalité de l'idée fixe, le malade n'accepte pas, il donne des preuves. Dans l'obsession neurasthénique le malade est aussi bien fixé que le médecin sur l'insanité de son idée fixe, son absurdité, et il n'est pas besoin de le lui démontrer: de plus, il ne l'accepte pas comme chose réelle, mais encore, point capital, il fait effort pour s'en débarrasser (conflit anxieux). Le mélancolique et le neurasthénique souffrent l'un et l'autre de par leur idée fixe, mais le mélancolique souffre de la croyance à la réalité, tandis que l'autre souffre, la sachant fausse, de ne pouvoir la chasser.

On pourrait objecter que le neurasthénique n'est pas tou-

jours convaincu de l'insanité de sa conception (ainsi celui qui doute d'avoir touché une saleté, d'avoir une maladie...) cela est vrai, mais ce n'est jamais la croyance complète, irréductible du mélancolique, car le neurasthénique se laisse persuader et rassurer.

Le diagnostic paraît donc être celui de « mélancolie avec idée fixe de culpabilité » : la malade a pu être suivie pendant assez longtemps, et voici la suite de son observation.

7 novembre. — La malade dit qu'elle est « un peu plus calme » au bout de quelques jours du traitement qu'elle suit fort bien. Ce calme consiste pour elle, non pas à ne plus penser à son idée délirante, mais à certains moments d'y penser sans trop de souffrance et de trouver des arguments plus tranquillisans. Elle paraît avoir déjà meilleure mine, et reprend physiquement. Mais elle a toujours son idée délirante et assure que tout en croyant, puisque je le lui affirme, à sa guérison, sa guérison consistera pour elle à « croire toujours qu'elle aurait pu sauver sa mère ; cela, elle le croira toujours, mais sans en souffrir ». Je lui affirme qu'elle ne pensera plus à cela en tous cas, elle y pense encore et repasse constamment les mille détails de la maladie ; elle aurait dû aller chercher le médecin les premiers jours bien que sa mère ne voulut pas et bien qu'elle admette, comme on le lui dit, qu'elle devait obéir à sa mère, elle conclut qu'elle eut dû passer outre ; de même elle eut dû la faire porter à la campagne — ne pas s'absenter — ne pas la quitter d'une minute. Et actuellement, comme les médicaments qu'elle prend, lui font du bien, elle se dit, « si j'avais donné à ma mère ces médicaments, cela lui aurait fait du bien au lieu d'une purgation qui a dû la tuer. » — Comme son mari lui reproche amicalement de ne songer qu'à sa mère et de le compter maintenant pour rien, elle reconnaît en effet qu'elle est toute entière à son remords et se doute qu'elle n'est plus bonne à rien, qu'elle n'aime pas son mari...

14 novembre. — Depuis deux ou trois jours, un peu moins bien. Jusque-là, l'amélioration avait été sensible ; elle pensait encore à son idée fixe, mais d'une façon plus calme. Actuellement, et sans cause, elle est un peu plus préoccupée. C'est toujours la même pensée

et en particulier, le souvenir du soir, où, après une très courte absence, elle a trouvé sa mère beaucoup plus mal. Elle n'aurait pas dû la quitter, même un instant; c'est une fatalité, elle ne la quittait jamais... elle aimait tant sa mère. La malade pleure assez facilement en parlant de cela; avant, elle ne pleurait pas.

21 novembre. — Pense encore à cette « malheureuse soirée »; s'accuse de n'être pas allée chercher le médecin assez tôt; puis de n'avoir pas passé outre au choix de son frère pour le médecin et de n'en avoir pas appelé un autre qui peut-être l'eut sauvée... Cependant, amélioration très sensible au point de vue mental en ce sens, qu'il y a plus encore que la semaine dernière des moments de détente. Les réveils, la nuit, sont moins pénibles. Elle est plus calme « je pense encore, mais d'une façon plus calme »: elle se dit, que quand même à elle seule, elle n'aurait pas pu la sauver; mais, malgré tout elle aurait dû, malgré qu'elle ne voulut pas de médecin, essayer elle-même quelque chose...

17 décembre. — Va mieux. L'idée fixe reste toujours, et elle pense qu'elle aura toujours le regret de n'avoir pas traité sa mère comme elle l'eut dû; mais elle n'en souffre pas autant, l'idée est moins douloureuse. Je me suis assuré que la malade rêvait assez souvent de sa mère malade. Elle n'y avait pas fait attention et ne se rappelait pas ses rêves, mais en s'observant, elle a constaté que depuis la mort de sa mère, elle y avait rêvé souvent (3 fois cette semaine). Le rêve paraît être à peu près toujours le même. La malade a bien voulu les raconter dans une lettre que nous reproduisons textuellement: « Dans le premier rêve fait après la mort de ma mère, je la voyais sur son lit où on venait de la déposer en la rapportant du cimetière; j'avais une grande frayeur qu'elle apprit que nous l'ayons cru morte. Elle paraissait si faible et si fatiguée, que je pensais qu'elle ne pourrait jamais se remettre.

Le second me faisait aussi voir ma mère, très souffrante, mais debout. J'étais heureuse de la revoir, et lui disais que cette fois, elle allait être bien soignée; mais, je ne me souviens pas lui avoir donné des soins.

Dans le troisième, j'étais avec une de mes sœurs dans la campagne, sur un pont; il faisait de l'orage et m'étant retournée, après

un coup de tonnerre, très violent, je vis un arbre en feu; en même temps, sur le parapet du pont, je vis le buste de ma mère, mais très vaguement, je ne distinguais qu'un petit châle de dentelle, qu'elle mettait quelquefois sur ses épaules et sa coiffure de maison; je ne vis pas sa figure. Ma sœur, qui, comme moi, s'était retournée, se mit à courir en criant très fort: Maman! maman! Très effrayée, je la pris par la robe et fis comme elle. A mon réveil, je lus d'autant plus surprise de mon effroi, que mon plus grand désir eut été de revoir ma mère, ne fut-ce qu'un instant, mais pas dans ces conditions, il est vrai.

Dans mon quatrième rêve, ma mère était couchée et au plus mal; j'étais également au lit et l'entendant remuer, je me levai; elle était jaune et n'avait pas son teint ordinaire. Elle ne paraissait pas me voir, et était très absorbée. Je ne me souviens pas de lui avoir parlé ou de lui avoir rien donné à prendre.

Mon cinquième rêve me fait encore voir ma mère très souffrante et se mettant sur son canapé, comme elle le faisait d'habitude pour se reposer. Puis, pour être mieux, elle s'était décidée à se mettre au lit et avait un mauvais sommeil...

Le septième, que j'ai eu cette nuit, me fait toujours voir ma mère bien malade, et couchée; je lui dis qu'il est indispensable qu'elle voie un médecin et lui propose le docteur X..., qui n'est pas celui que nous avons appelé. Sur son refus, je lui dis qu'il faut qu'elle se laisse soigner par moi, d'après un livre de médecine, ce qu'elle accepte. De là, je passe à autre chose... »

La malade a guéri au bout de trois mois.

La suite de l'observation semble venir confirmer le diagnostic du début: le fond de la malade est un fond de mélancolie, sur lequel se greffe une idée fixe, douloureuse, de culpabilité: ce n'est pas l'idée obsédante du neurasthénique: elle s'en distingue par la nature (rarement, en effet, l'obsédé se croit la cause des malheurs qui lui arrivent) et surtout par l'absence de cette lutte poignante, angoissante, que livre continuellement le neurasthénique pour chasser son obsession et qui n'aboutit qu'à l'enraciner plus profondément.

Il nous a été permis de pouvoir examiner aux consultations de l'Hôpital St-André, un malade que nous croyons pouvoir faire rentrer dans ces cas mixtes faits à la fois de neurasthénie et de mélancolie.

OBSERVATION X

Pierre H..., 27 ans, cultivateur.

Est amené par sa famille à la consultation de l'Hôpital Saint-André pour des « troubles de l'esprit ».

Du côté de ses antécédents héréditaires ou collatéraux nous relevons :

1^o le père est actuellement en vie; exerçant la profession de cultivateur; n'est pas nerveux et n'aurait pas présenté d'habitudes alcooliques.

2^o La mère est morte de suites de couches.

De ce mariage, sont nés 6 enfants dont notre malade est l'aîné. A signaler parmi ses collatéraux, une sœur âgée de 23 ans, qui, à l'âge de 19 ans, aurait eu des crises nerveuses dont la description rappelle assez bien celle des crises de nature hystérique; depuis 3 ans, elles n'auraient pas reparu.

Parmi ses antécédents personnels, nous avons à noter la rougeole à l'âge de 7 ans, sans autres maladies de la première enfance. Il est allé à l'école jusqu'à l'âge de 12 ans, apprenant assez facilement et à sa sortie s'est placé comme valet de ferme et est resté chez le même maître jusqu'à l'âge de 20 ans. Il n'a pas fait son service militaire, ayant été placé dans les services auxiliaires pour insuffisance de taille. Sa vie s'est donc écoulée à la campagne, sans incidents particuliers, jusqu'au mois de janvier 1907. Il a toujours travaillé sans jamais s'interrompre; mais il était d'un caractère assez sombre, taciturne; il n'aimait pas à causer, et préférant la solitude, refusait souvent de sortir le dimanche avec ses amis, pour pouvoir être seul. Il s'est livré quelque peu à la masturbation.

Vers le mois de janvier et à la suite d'une cause que le malade ou sa famille ne peuvent arriver à préciser, il est obligé de garder

le lit pendant quelque temps; il éprouvait de violents maux de tête, et une grande faiblesse. On le traita, paraît-il par des purgatifs, puis il essaya de reprendre son travail. Cependant malgré sa bonne volonté, il ne pouvait pas fournir la somme de travail qu'il aurait voulu, et puis, il devint triste, d'une grande tristesse qui lui faisait éviter ses connaissances, mais dont il ne pouvait saisir la cause. Il s'alimentait cependant, continuait son travail, mais devant cet état de choses, sa famille le décida à venir à la consultation de l'Hôpital Saint-André, où nous avons pu l'examiner.

Nous nous trouvons en présence d'un homme, de petite taille, mais bien proportionné et bien constitué cependant. Il a une physionomie triste, tient la tête constamment baissée, et semble s'intéresser très peu à ce qui se passe autour de lui.

Quand nous l'interrogeons, il nous répond bien, mais assez brièvement; on sent que la conversation est pour lui une fatigue, et qu'il cherche à faire effort le moins possible.

Il nous dit qu'il est « crispé »; si nous voulons lui demander de plus amples détails, il nous dit que cela veut tout dire et qu'il ne sait comment l'expliquer davantage.

Il se sent très fatigué, surtout le matin au réveil; puis dans la journée, il l'est moins et peut travailler.

Il éprouve des maux de tête continuels, mais qui s'exagèrent le matin pour diminuer dans la journée; le siège de ces douleurs, est toute la région frontale droite.

Le sommeil est assez mauvais; le malade s'endort facilement, mais il se réveille à une heure fixe; dès lors, il ne peut plus se rendormir et pense à son travail qu'il n'accomplit pas à son gré. Quelques rêves professionnels avec un peu de zoopsie; pas de cauchemars ou de rêves pénibles.

Interrogé plus spécialement au sujet des troubles de l'idéation, il ne nous est pas possible de découvrir chez lui de phobies, d'obsessions d'idées de persécution. Il n'a pas non plus présenté d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe.

Le malade pense souvent à sa maladie; il a quelques idées tristes, qui se rapportent à son impuissance au travail et à sa maladie. Nous lui demandons s'il croit qu'il guérira, et il nous répond « oui »; mais sans grande conviction.

Pas d'idées délirantes appréciables.

Nous lui demandons alors s'il n'a pas peur de mourir, s'il n'a pas songé à la mort, et il hésite à répondre; pressé de questions, il finit par nous avouer qu'au mois de mars, il a eu l'idée de se tuer avec le fusil « qui est au-dessus de la cheminée » dit-il, mais il a reculé et n'a même pas essayé de le décrocher. Depuis, cette idée de suicide n'a pas reparu; jamais de refus d'aliments. Pas d'actes déraisonnables.

Passant à l'examen physique, nous n'avons noté aucun stigmate de dégénérescence.

L'examen des divers appareils a été négatif. Tous les viscères fonctionnent normalement, régulièrement; à noter quelques troubles digestifs, cependant; langue empâtée, haleine mauvaise.

On lui prescrit un traitement en le priant de revenir, mais depuis (juin 1907), on ne l'a pas revu.

Cet homme, à première vue, paraît être un neurasthénique: il en présente, en effet, la lassitude, l'amyosthénie, la céphalée, la lenteur des mouvements, l'abattement physique et les troubles du sommeil: mais, cependant, après un examen plus approfondi, nous croyons qu'il y a chez lui plus que de la neurasthénie. En effet, son attitude est plus affaissée et plus déprimée que celle que nous présentent les neurasthéniques: sa physionomie est empreinte d'une grande tristesse. Il parle peu, même quand on l'interroge sur sa santé ou les troubles qu'il éprouve: il a des réticences, une certaine hésitation à se confier au médecin, à lui raconter ses peines, ses misères: il n'est pas allé le trouver de son propre mouvement, il a été nécessaire que sa famille insiste et l'accompagne. Ce n'est pas là le fait d'un neurasthénique; de plus, nous ne trouvons pas chez lui des phobies, des obsessions, ou même les simples préoccupations hypochondriaques, si fréquentes chez les malades de Beard: cette idée de suicide, qu'à force de questions, nous avons pu lui arracher, nous font pencher plutôt pour le diagnostic de mélancolie, qu'aurait pu éclairer la destinée ultérieure du malade.

Nous n'avons donné, dans ce chapitre, que les quelques observations qui nous ont paru intéressantes: nous avons pu observer encore d'autres malades rentrant dans ce groupe mais dont nous n'avons pu nous procurer les observations complètes: de cette analyse nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes:

Pour ces cas mixtes, faits à la fois de mélancolie et de neurasthénie, on ne peut formuler de règle précise, de donnée générale pour formuler le diagnostic: si la tendance à l'autoaccusation est presque pathognomonique de la mélancolie et si l'obsession avec la lutte, l'anxiété qu'elle détermine semble exister surtout chez les neurasthéniques, comment classer cette malade de l'observation IX, chez laquelle nous trouvons une idée délirante d'autoaccusation qui se présente avec tous les caractères de l'obsession?

Il nous semble donc de toute nécessité d'envisager chaque cas particulier, de l'analyser sous toutes ses faces pour marquer la part qui revient à chaque syndrome. Le vrai diagnostic ne peut être mis en lumière qu'à la faveur d'une observation attentive susceptible de donner au médecin la faculté d'apprécier la nature des manifestations morbides, de saisir leur enchaînement, d'entrevoir leur mécanisme et de découvrir leur origine: c'est là, où plus que partout ailleurs, il faut tenir compte du facteur individuel, du malade.

Nous pensons que ces distinctions ont leur importance, car du diagnostic exact va découler le pronostic et le traitement. En effet, si comme le dit Serrigny, « on n'ose prononcer le mot de mélancolie pour ne pas évoquer le spectre de la folie et que les malades consentent volontiers à être traités de neurasthéniques, mais ne veulent pas passer pour des aliénés: que ce n'est qu'une affaire de degré » et si on porte indifféremment le diagnostic de neurasthénie grave ou de mélancolie légère, on s'exposera à des déboires au point de vue du pronostic. Dans ces cas-là, le pronostic de la neurasthénie est bien plus sombre que celui de la mélancolie: ce sont en effet ces formes de neurasthénie qui

durent autant que le patient lui-même, ou dans lesquelles nous voyons comme l'ont montré les différents auteurs, l'obsession aboutir au délire, tandis que ces formes de mélancolie sont dans la plupart des cas susceptibles de guérison: les récidives sont fréquentes, il est vrai, mais on n'en observe pas moins des périodes de calme d'une longue durée. C'est en faisant le diagnostic de mélancolique que M. Régis, a pu porter un pronostic favorable pour la malade de l'observation IX et prévoir la guérison: l'avenir a confirmé son diagnostic et son pronostic car la malade a guéri complètement au bout de 3 mois.

La nécessité de faire un diagnostic exact et complet dans ces cas mixtes se rencontre dans ces cas où nous trouvons des obsessions impulsives dangereuses telles qu'impulsion à faire du mal, à l'homicide, au suicide. Depuis Morel on admettait généralement que chez les obsédés, le passage à l'acte ne se produisait pas: M. Régis et M. Pitres ont cependant observé des cas où ce passage s'est produit: « Nous ne croyons pas que d'une façon générale l'obsession aboutisse très fréquemment au délit ou au crime. Tout en admettant que le sujet puisse, après avoir épuisé dans une longue lutte toutes les résistances de sa volonté, se laisser entraîner, nous avons remarqué que d'habitude il n'en est pas ainsi et que, soit spontanément, soit grâce à l'appui d'un soutien moral, de bonnes paroles d'encouragement, ou de tout autre moyen de protection, l'impulsion reste heureusement chez lui à l'état statique... Pour faire passer l'obsédé de l'idée ou de la peur à l'acte, il faut le plus souvent quelque chose de plus que l'obsession, dégénérescence marquée, affaiblissement intellectuel, intoxication alcoolique, idée délirante... » (Pitres et Régis). Donc, on peut admettre que chez les obsédés le passage à l'acte existe, mais très rare; nous avons vu au contraire, chez les mélancoliques, combien est fréquent le passage de l'idée à l'acte, surtout pour les autovulnérations ou le suicide.

Sans entrer dans des détails, nous pouvons affirmer que le

traitement de la neurasthénie n'est pas celui de la mélancolie et ici encore, le médecin qui n'aura pas fait un diagnostic exact pourra s'exposer à des déboires; nous ne citerons que le cas où prenant un mélancolique pour un neurasthénique, il le traitera comme tel, ne le fera pas surveiller étroitement, ce qui permettra à ce dernier de réussir parfois dans une tentative de suicide exécutée dans un de ces moments d'exaltation, un de ces raptus mélancoliques si fréquents chez eux.

2^o *Cas à troubles névropathiques et psychopathiques successifs.*

Nous avons déjà signalé, dans le courant de cette étude qu'à la neurasthénie pouvait faire suite la mélancolie: c'est ce que nous constatons dans l'observation suivante qui nous montre un malade présentant d'abord des troubles neurasthéniques et faisant un accès de mélancolie qui a d'ailleurs guéri parfaitement.

OBSERVATION XI

Il s'agit d'un jeune homme dont le frère a succombé à une paralysie générale et dont la mère a eu dans le cours de son existence une série d'accidents névropathiques compliqués d'une légère glycosurie. A ces influences héréditaires, il faut joindre celles qu'ont eu sur la personne du malade un milieu mal choisi, une éducation incorrecte et une conduite aussi irrégulière que désordonnée. On n'a jamais pu savoir si le patient avait contracté la syphilis.

Dès les premières années de sa vie, il fut atteint à plusieurs reprises de troubles nerveux mal définis, se traduisant tantôt par des accès d'agitation, tantôt par des manifestations d'un grand épuisement. On le plaça pensionnaire dans un lycée. Il travailla peu, vécut dans un certain isolement, et n'eut jamais l'idée de nouer avec ses camarades les relations amicales que les jeunes gens recherchent toujours avec un grand empressement.

A la fin de ses études, on le fit entrer dans un régiment dont le colonel était affectueusement lié avec ses parents. Bien qu'ayant reçu un agréable accueil des officiers de sa compagnie, il eut un accès de nostalgie qui engagea le médecin-major à le renvoyer dans sa famille.

Après être rentré chez lui, il vécut pendant un certain temps dans une oisiveté qui fut désastreuse pour sa sensibilité morale. Sur ces entrefaites, il devint amoureux d'une charmante jeune fille. Malgré sa timidité native, il se décida à dévoiler à sa mère les sentiments dont son cœur était épris et la pria de supplier son père, de demander en mariage la personne qu'il aimait. Cette démarche fut faite mais elle eut un résultat déplorable qui se traduisit par un refus non motivé. Cet insuccès attrista la famille du prétendant; le père, profondément impressionné, eut une commotion cérébrale assez forte après laquelle survinrent les signes prémonitoires de la maladie qui devait l'emporter; la mère éprouva de son côté une forte secousse morale. Le fils fut à son tour atteint de neurasthénie. Après avoir ressenti une excitation dont il pouvait à peine amortir la violence, il tomba dans une épouvantable prostration. Céphalée constrictive, douleurs rachidiennes, troubles sensitifs et sensoriels de toute espèce, amyosthénie très développée surtout au réveil, sommeil agité, engourdissement intellectuel, irascibilité, misanthropie, tels furent les troubles morbides que le malade éprouva dans la première semaine qui suivit son échec matrimonial. A ces symptômes vinrent s'ajouter une grande inappétence de l'atonie gastro-intestinale, des palpitations cardiaques, et une perturbation dans les fonctions urinaires, caractérisée par de la spermatorrhée et une diminution du coefficient des phosphates et de l'urée.

Ce jeune homme présentait donc tous les symptômes de la neurasthénie essentielle qu'on attribua légitimement à ses prédispositions constitutionnelles et aux violentes secousses qu'il venait d'éprouver.

On lui conseilla un traitement hydrothérapique qu'il suivit très régulièrement pendant fort longtemps; l'amélioration produite par cette cure fut incomplète; quelques symptômes de la neurasthénie disparurent, mais la mentalité du malade resta toujours précaire et l'on vit au bout d'un certain temps, surgir des idées mélancoliques qui tour-

mentèrent son entourage. En examinant attentivement le patient, son médecin constata que sa physionomie portait toutes les empreintes d'un immense chagrin. Les traits de son visage étaient pour ainsi dire immobilisés dans l'expression de la tristesse; son regard obscur fuyait obstinément les personnes placées à sa portée; ses lèvres crispées ne laissaient échapper que des paroles incohérentes ou désespérées. Accablé de remords à peu près tous enfantés par son imagination malade, il s'accusait d'avoir profondément troublé son existence et compromis la sécurité de ses parents. On l'entendait souvent maudire ses défaillances passées et même appeler la mort à son secours pour l'aider à mettre un terme à ses souffrances.

Sous l'influence d'un traitement physique bien approprié et d'une psychothérapie attentive, le malade obtint une réelle amélioration qui se transforma peu à peu en une guérison définitive.

Cette observation nous fait assister au début de l'affection à un état neurasthénique très net: le malade en présente les symptômes physiques et psychiques: puis il a franchi les bornes de la névrose simple et est tombé dans la mélancolie consciente: il a guéri, mais il aurait pu ne pas s'arrêter à ce stade et devenir franchement délirant: c'est le cas d'une observation d'un malade de la clinique psychiatrique de l'Hôpital Saint-André, où un sujet neurasthénique au début, verse dans une mélancolie anxieuse, avec idées délirantes de ruine, de culpabilité et idées de négation.

A côté de ces cas nous en trouvons d'autres chez lesquels une période très nette de mélancolie apparaît à titre épisodique chez un neurasthénique, évolue pendant un temps variable, guérit complètement, tandis que le malade présente encore les symptômes de sa neurasthénie primitive. Rousseau, dans l'Encéphale de 1882, donne sous le nom de « Lypémanie et irritation spinale » une observation dans laquelle nous voyons une vive frayeur déterminer chez une femme de 40 ans un « état d'ischémie cérébrospinale » qui se traduit par tous les symptômes de la neurasthénie, et un délire lypémanique. Cette observation est intéressante au point

de vue de l'évolution, car nous voyons ce délire s'atténuer puis disparaître en première ligne, tandis que les symptômes de l'irritation spinale persistent plus longtemps. Krafft-Ebing signale aussi des cas de vésanie transitoire chez les neurasthéniques et dit: « ces troubles épisodiques n'ont qu'une signification symptomatique et transitoire. » Le professeur Régis, dans son Etude médicale sur Jean-Jacques Rousseau, s'exprime ainsi: « la neurasthénie de J.-J. Rousseau, à peu près généralement admise aujourd'hui, fut une neurasthénie constitutionnelle ou de tempérament, tenant aux racines mêmes de l'individu et commençant dans l'enfance pour ne finir jamais. De plus, il a greffé sur sa neurasthénie un délire de persécution à réaction mélancolique... l'auteur de l'Emile ne fut jamais un fou au sens propre du mot... »

Il fait partie, non pas de ces vésaniques persécutés qui peuplent les asiles en proie à leurs dangereuses impulsions, mais de ces grands sensibles, doublés souvent de grands penseurs, dont l'hyperalgésie native s'est tellement accrue aux chocs douloureux de la vie qu'ils arrivent à souffrir de tout et de tous et à tomber dans une noire misanthropie, pathologique assurément, mais n'atteignant pas jusqu'à la folie ».

Soukhanoff a publié l'observation d'un soldat russe de 24 ans, qui, après la guerre d'Extrême-Orient a fait un « accès de mélancolie aiguë avec processus psychiques obsédants. » Avant son accès, existait déjà un caractère scrupuleux inquiet avec des idées obsédantes, qui ont pris une forme hallucinatoire pendant la durée de l'accès. Il conclut, en disant: « concernant le pronostic dans ce cas, il faut penser que le malade peut, après un certain temps se débarrasser de sa mélancolie, mais les particularités de son caractère resteront toujours, de même que l'inclinaison aux idées obsédantes. »

A côté de ces cas où la neurasthénie a apparu la première pour faire place à une mélancolie définitive, consciente ou délirante; de ces cas où l'accès mélancolique a guéri et permis au malade de retomber dans son état initial

d'épuisement nerveux, il nous faut citer les cas dans lesquels la neurasthénie a succédé à la mélancolie. Nous prendrons pour exemple l'observation d'une malade que M. le Dr de Perry a présenté au Congrès de Grenoble de 1902.

OBSERVATION XII

La malade qui fait le sujet de cette observation, est une dame âgée de 48 ans, que nous avons eu l'occasion d'examiner, M. Régis et moi, dans le courant de cette année. Son passé névropathique chargé, nous la montre comme une hystérique avérée qui ne présentait jamais de crises délirantes. En revanche, les crises convulsives furent nombreuses.

Dès les premiers jours de l'année 1901, se trouvant à l'étranger, elle fut prise d'un accès de chagrin pour ne pas avoir accompagné son mari dans ses lointains voyages d'affaires. En même temps que cette impression morale, apparaissent des douleurs très vives à localisation un peu vague. Aux grands maux, les grands remèdes; elle n'hésita pas à demander à la morphine l'apaisement de ses douleurs et au bromidia un sommeil calme et réparateur. Prise en quelque sorte de toxicomanie, d'une soif impérieuse de toxiques, elle usa et abusa tant et si bien de la morphine et du bromidia, qu'elle eut un accès de délire franchement toxique, à forme anxieuse, panophobique. Elle avait des hallucinations terrifiantes, craignant tout, redoutant tout, de sorte qu'un jour, se trouvant au bord de la mer, pour échapper à des ennemis imaginaires, elle prit sa course et s'élança dans l'eau. Il fallut le dévouement de quelques amis présents, pour la poursuivre et la sauver malgré elle. Cette crise hallucinatoire détermina son internement dans une maison de santé où elle fut placée pour y accomplir une crise de désintoxication.

Là, le délire et les hallucinations s'atténuèrent, puis disparurent tandis que l'anxiété persistait. Elle éprouvait toutes sortes de sensations soit physiques soit psychiques de transformation, de dédou-

blement de la personnalité, d'inexistence d'organes. Ces sensations la torturaient.

C'est dans cet état qu'elle rentra chez elle non guérie.

A peine de retour dans son foyer, Mme X..., eut son émotivité soumise à une rude épreuve; son mari, en arrivant à B..., dut s'aliter pris soudain d'une affection grave qui réclamait l'intervention des chirurgiens.

Pendant toute la maladie de son mari, Mme X..., resta à son chevet en proie à une véritable torture intérieure; elle le soignait avec attention, intelligence, dévouement, n'hésitant pas à passer des nuits pour le veiller. Et pendant ce temps, elle « s'étonnait de pouvoir accomplir tout ce qu'elle faisait » et cette simple constatation était le point de départ d'une angoisse indicible.

C'est au moment de la convalescence de son mari, que Mme X..., sentit une angoisse plus nette s'emparer d'elle. Elle raisonnait point par point chacun de ses tourments psychiques; elle étudiait son aboulie, sa « veulerie » disait-elle, sa dépersonnalisation et souffrait de cette anxiété où elle se sentait noyée. Cela constituait la crise d'angoisse elle avait alors la sensation d'une main de fer lui comprimant le cou, et l'étreinte était si pénible, qu'elle criait pour se soulager. Tous les moindres souvenirs de son séjour dans la maison de santé, étaient pour elle le point de départ d'une nouvelle poussée anxieuse.

En dépit de tous les efforts qui furent tentés pour la délivrer de son supplice qu'elle appelait sa « tunique de Nessus », en dépit des conseils donnés pour la sauvegarder contre elle-même, Mme X..., autoritaire, et ne supportant pas la contradiction, ne voulut pas se soumettre à notre direction. Elle mit à exécution ses projets de suicide et eut l'énergie de s'étrangler avec un mouchoir de fine batiste.

« Tels sont, dit M. de Perry, les traits principaux de cette observation absolument riche en détails intéressants pour montrer les phases successives par lesquelles la malade est passée. D'abord, à la suite d'intoxications médicamenteuses, survient une crise de psychose anxieuse, panophobique, analogue à celle d'un alcoolique délirant. Puis, les phénomènes

consécutifs de la psychose, délire et hallucinations s'étant dissipés, il reste un état de véritable névrose d'angoisse des plus pénibles mais absolument lucide et conscient avec tendance raisonnée et finalement exécutée vers le suicide libérateur. La névrose anxieuse s'est nettement montrée ici comme le reliquat d'une psychose anxieuse. »

CHAPITRE IV

Rapports de la neurasthénie et de la mélancolie

Nous avons, dans les chapitres précédents donné et analysé des observations de neurasthéniques et mélancoliques, essayé d'en faire le diagnostic différentiel, d'en montrer les analogies ou les différences: nous sommes arrivé à constater les faits suivants:

A première vue et en ne considérant que des cas types, le diagnostic est évident et s'impose: Comment ne pas reconnaître un neurasthénique dans ce malade qui vient à vous se plaignant de céphalée, d'insomnie, de lassitude générale, d'une grande faiblesse qui lui rend tout travail impossible, l'empêche de se montrer à la hauteur de sa situation, qui croit être la proie des maladies les plus diverses pour lesquelles il a déjà consulté plusieurs médecins et qui vous apporte une longue note où sont minutieusement décrites toutes les sensations qu'il éprouve. Comment ne pas voir un mélancolique dans ce malade triste, abattu, en proie à des hallucinations terrifiantes, s'accusant de fautes et de crimes imaginaires, refusant de s'alimenter parce qu'il se croit indigne, ruiné, déshonoré et qui a déjà cherché à en finir avec une existence si terrible par plusieurs tentatives de suicide. Evidemment la confusion n'est pas possible; il y a entre ces malades, l'abîme qui sépare le simple découragement de la folie confirmée.

Mais, si comme nous l'avons montré dans la suite, nous considérons que dans la neurasthénie peuvent rentrer des cas plus graves, tels ces malades à hérédité chargée qui réagissent d'une façon anormale, chez lesquels nous voyons s'installer des phobies, des obsessions, des idées fixes, qui vont même parfois jusqu'au suicide, et qu'à côté, la mélancolie peut ne pas présenter un tableau pathologique aussi chargé que dans les premiers cas les différences nous paraissent moins nettes; ces malades semblent se rapprocher. Si poussant plus loin, descendant dans cette zone neutre sur les confins de la mélancolie et de la neurasthénie, nous arrivons à ces malades qui présentent soit simultanément, soit successivement des symptômes neurasthéniques et mélancoliques, malades pour lesquels on a créé les noms de neurasthénie mélancolique ou mélancolie neurasthénique, pour marquer la part qui revient à chaque syndrome, les différences de tout à l'heure semblent réduites à néant, puisque ces malades ressortissent à la fois aux deux syndromes. Comment pouvons-nous donc envisager les rapports de la neurasthénie et de la mélancolie?

Si nous consultons les auteurs à ce sujet, nous voyons que la plupart sont unanimes à admettre des rapports très étroits entre ces deux syndromes: la neurasthénie constitue une puissante prédisposition à la lypémanie.

Beard, le premier, dit que l'épuisement nerveux est un chemin arrivant au seuil d'états plus graves et qu'il est une porte ouverte à la folie et surtout à la mélancolie. Bouveret constate aussi que la neurasthénie dans ses diverses formes représente l'ébauche de presque toutes les variétés de mélancolie. Charcot, Déjerine, Féré et bien d'autres neurologistes sont du même avis: les psychiatres eux-mêmes dans leur descriptions de la mélancolie font un tableau de la période pré-délirante, qui présente un malade en tous points semblable à l'épuisé de Beard ou de Weir-Mitchell. Krafft-Ebing écrit « la neurasthénie, de même que les autres névroses générales constitue une puissante prédisposition pour la naissance de

psychoses qui se développent épisodiquement ou comme terminaison : groupe psychonévrotique (mélancolie, manie). » Certains auteurs sont même allés plus loin et considèrent la neurasthénie, non pas seulement comme une simple prédisposition à la lypémanie, mais comme « une forme atténuée de lypémanie, arrivant directement et par elle-même à celle-ci comme à une phase épisodique ou terminale de sa propre progression ? » (Boissier). Il n'y a entre les neurasthéniques et les mélancoliques qu'une simple différence de degré. « Il y a là, dit Lentz, tout un ensemble qui se tient et s'enchaîne, et à ce point de vue l'on est en droit de se dire que ce ne sont pas les psychoses qui viennent compliquer les névroses, mais bien qu'elles font corps avec elles : elles en constituent un degré d'évolution avancée : si toutes ne le présentent pas c'est que toutes n'arrivent pas au terme de leur évolution. On pourrait presque dire qu'il n'existe pas de névrose pure : il n'y a que des psychonévroses et ainsi se manifeste l'union intime de la neurologie et de la psychiâtrie : les névroses qui restent indemnes des manifestations psychosiques, sont des névroses arrêtées dans leur évolution. » Serrigny dit aussi « on n'ose pas franchement relier la neurasthénie aux psychoses, car prononcer le mot de mélancolie, c'est évoquer le spectre de la folie : le malade consent volontiers à être traité de neurasthénique, mais il ne veut pas être aliéné. Examinons avec soin de vrais neurasthéniques ; tous sont mélancoliques à des degrés divers, il est vrai, mais tous le sont. Dès lors le mot neurasthénique n'a plus pour nous de signification précise et si nous le conservons, il ne sera plus pour nous qu'un moyen de masquer en cas de besoin notre diagnostic réel, comme on affirme à un phthisique arrivé à la dernière période de son affection qu'il est atteint de bronchite chronique. Appelons donc neurasthéniques nos malades atteints d'une légère mélancolie, ou ceux que nous ne pouvons qualifier ouvertement d'aliénés, mais sachons qu'au fond, c'est affaire de degré et rien de plus. »

Cette opinion nous paraît un peu trop exclusive ; la parenté

de la neurasthénie et de la mélancolie est poussée trop loin: Evidemment ces deux syndromes mentaux sont très voisins, présentent de nombreux points de ressemblance, car ils ont le plus ordinairement leur source dans une hérédité et une étiologie communes et se manifestent par des symptômes de même ordre dus à la même série de causes débilitantes, dépressives, qui sont à l'origine de ces maladies: mais à côté de ces symptômes communs ou plutôt analogues, chaque syndrome présente un aspect, une physionomie propres, et une série de symptômes spéciaux qui permettent le diagnostic. Dans certains cas, ces particularités sont très difficiles à chercher et à mettre en lumière, mais n'en existent pas moins pour cela, comme le montre une analyse plus approfondie: dans d'autres cas même, nous pouvons voir ces deux syndromes évoluer côte à côte, parallèlement, ou se fusionner à tel point que le diagnostic est impossible: nous sommes en présence de ces cas mixtes, qui comme nous l'avons dit, ressortissent à la fois aux deux syndromes.

« Entre l'état que nous appelons normal et la folie confirmée, il n'y a pas de limite précise, dit Dubois (de Berne); il est parfois impossible de faire des états pathologiques de l'esprit des entités morbides, de les classer, suivant leur symptomatologie, dans des compartiments nettement séparés les uns des autres. Il y a au contraire, plusieurs teintes, comme dans un dégradé photographique qui passe du blanc éclatant au noir le plus foncé. » Les neurasthéniques et les mélancoliques peuvent occuper des places extrêmes dans cette série d'états morbides tout en étant reliés par des cas intermédiaires: en d'autres termes, le passage de la névrose pure à la psychose pure est fait par la psychonévrose.

CONCLUSIONS

La neurasthénie et la mélancolie sont des syndromes mentaux dont les limites imprécises ont parfois prêté à confusion et causé des erreurs de diagnostic.

En effet, elles nous présentent à considérer :

1^o Des cas types, à symptômes nettement définis pour lesquels le diagnostic s'impose.

2^o Des cas moins nets, mais présentant cependant des particularités suffisantes permettant de les rattacher à l'un ou à l'autre syndrome.

3^o Des cas mixtes, peut-être les plus nombreux, dans la symptomatologie desquels ces deux affections ont eu leur part : tantôt elles existent simultanément, s'associant, se fusionnant pour former ces cas hybrides que l'on désigne sous le nom de neurasthénie mélancolique ou de mélancolie neurasthénique, pour montrer la part inégale qui revient à chaque syndrome : tantôt elles se succèdent, le plus souvent la neurasthénie précédant la mélancolie, mais pouvant, dans quelques cas en être la suite.

Nous pensons donc que ces deux syndromes mentaux sont différents, mais cependant très voisins : en bas nous trouvons la névrose pure ; en haut la psychose, mais entre ces deux points extrêmes toute une série de gradations représentées par ces formes mixtes, les psychonévroses.

Vu, bon à imprimer,
Le Président de la Thèse,
RÉGIS

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 Janvier 1908.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBUTT. — Rapports de la neurasthénie avec la folie. *Association médicale britannique*, 1902.
- ANDRÉ. — Maladies nerveuses, Paris, 1892.
- ARNAUD. — Sur la théorie de l'obsession. *Archives de neurologie*, 1903.
- ATHANASSIO. — Les mélancoliques. *Archiv. de méd.*, Paris, 1899.
- AXENFELD et HUCHARD. — Traité des névroses, 2^e édit., Paris, 1883.
- BALL. — De la mélancolie. *Encéphale*, 1888.
- Leçons sur les maladies mentales, Paris, 1890.
- BALLET. — Leçons de clinique médicale, Paris, 1897.
- BALLET. — Traité de pathologie mentale (publié sous la direction de), Paris, 1903.
- BALLET. — La mélancolie intermittente. *Presse médicale*, 1902.
- BALLET. — La neurasthénie. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris, 1903.
- BALLET. — La conception pratique de la neurasthénie. *Journal de médecine interne*, Paris, 1903.
- BALLET. — Les affections qu'on confond avec la neurasthénie. *Bulletin médical*, Paris, 1906.
- BALLET. — Hygiène du neurasthénique, Paris, 1906.
- BEARD. — American Nervous exhaustion, 1880.
- BERILLON. — Les neurasthénies psychiques. *Revue de l'Hypnotisme et de psychophysiologie pathologiques*, Paris, 1894-95.

- BENI-BARDE. — La neurasthénie (les vrais et les faux neurasthéniques), Paris, 1908.
- BIENFAIT. — La neurasthénie. *Gazette médicale belge*, 1904-1905.
- BLOCQ. — La neurasthénie et les neurasthéniques. *Gazette des Hôpitaux de Paris*, 1891.
- BOISSIER. — Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques. Thèse, Paris, 1894.
- BORDARIES. — Contribution à l'étude de la neurasthénie. Thèse, Bordeaux, 1890-91.
- BOUCHUT. — Du nervosisme aigu et chronique, Paris, 1877.
- BOUVERET. — La neurasthénie, Paris, 1891.
- BRISAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses. Paris, 1893-94.
- CALMEIL. — Article « Lypémanie » du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1870.
- CANTIN. — Contribution à l'étude de l'affectivité dans la mélancolie. Thèse, Bordeaux, 1907.
- CHARCOT. — Leçons du mardi (1887-88) (1888-89).
- CHARCOT ET BOUCHARD. — Traité de médecine. Articles neurasthénie et mélancolie, tome X, 1902.
- CLAINQUAUT. — Neurasthénies rurales. Thèse, Paris, 1904.
- CLAUSSE. — Contribution à l'étude de la neurasthénie. Thèse, Paris, 1891.
- Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, Genève, 1907. *Encéphale*, 1907.
- COTARD. — Etude sur les maladies cérébrales et mentales.
- COTARD (J.). — Contribution à l'étude semeiologique des idées délirantes de négation. Thèse, Bordeaux, 1904.
- CROCQ. — La neurasthénie vraie et les syndromes neurasthéniformes. *Progress médical belge*, 1906.
- CULLÈRE. — Les frontières de la folie, Paris, 1888.
- DAGONET. — Conscience et aliénation mentale. *Annales médico-psychologiques*, 1881.
- DAMELON. — Les troubles du sommeil dans les névroses. Thèse Bordeaux, 1902.
- DÉJÉRINE. — Hérité dans les maladies du système nerveux.

- DELASIAUVE. — Du diagnostic différentiel de la lypémanie. *Annales medicopsychologiques*, 1851.
- DUBOIS. — Troubles de la sensibilité dans les états neurasthéniques et mélancoliques. *Journal de Neurologie*, Paris, 1904.
- DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral, Paris, 1904.
- DUMAS. — Etats intellectuels dans la mélancolie. Thèse Paris, 1893
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales, Paris, 1838.
- FALRET. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. *Annales médicopsychologiques*, 1890.
- FÉRÉ. — Pathologie des émotions.
- FLEURY (Maurice de). — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. Article « Neurasthénie. »
- FLEURY (Maurice de). — L'excrétion urinaire chez les neurasthéniques. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Paris, 1900.
- FLEURY (Maurice de). — Les grands symptômes neurasthéniques. Paris, 1901.
- FOVILLE (fils). — Article « Lypémanie » du Dictionnaire de médecine et de chirurgie, 1872.
- FORSTER. — Faits communs à la neurasthénie et à la folie. (*The American journal of Insanity*) 1900. Analyse dans les Archives de neurologie, 1901.
- GANNOUSHKINE. — Etude sur les obsessions morbides.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Les états neurasthéniques. 1898.
- GLORIEUX. — La neurasthémie chez les ouvriers. *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*. Bruxelles, 1905.
- GODLEWSKI. — Neurasthénie constitutionnelle. *Archives de médecine et de chirurgie spéciales*. Paris, 1906.
- GRASSET. — Sur quelques points relatifs à l'étiologie et à la symptomatologie de la neurasthénie. *Annales de psychologie et d'Hypnologie*, 1891.
- GRASSET ET RAUZIER. — Traité des maladies du système nerveux.
- HAYEM. — La neurasthénie, symptomatologie secondaire. *Journal de médecine Interne*, 1904.

- HECKER. — Sur l'importance des sentiments d'inquiétude dans la neurasthénie. *Archives de Neurologie*, 1897.
- HUCHARD. — De la neurasthénie. *Union médicale*, 1882.
- INGELRANS. — Neurasthénie. *Echo médical du Nord*. Lille, 1903.
- ISCOVESCO. — De la neurasthénie des pauvres. *Gazette des hôpitaux*, 1905.
- JANET ET RAYMOND. — Les obsessions et la psychasthénie. Paris, 1907.
- JOFFROY. — Brûlures profondes chez un mélancolique analgésique. *Revue générale de clinique et de Thérapeutique*, Paris. 1904.
- KACHPEROW (M^{lle}). — Contribution à l'étude de la neurasthénie. Thèse Paris, 1897.
- KÉRAVAL. — La mélancolie aiguë. *Echo médical du Nord*, Lille, 1900.
- KÉRAVAL. — La pratique de la médecine mentale. Paris, 1901.
- KLIPPEL. — Le nervosisme. *Archives générales de médecine*, 1903.
- KROEPÉLIN. — Psychiatrie. Leipsig, 1904.
- KRAFFT-EBING, — Ueber Vesania transitoria bei Neurastenischer — *Wiener medical Presse*. 1896
- Traité clinique de psychiatrie. Traduction Laurent, Paris 1897.
- KUSS. — La question de la neurasthénie à la Société de Thérapeutique. *Bulletin médical*. 1901.
- LALANNE. — Des états anxieux dans les maladies mentales. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1902.
- LASEGUE. — La mélancolie perplexe. *Archives générales de médecine*, Paris, 1880.
- LEGRAND DU SAULLE. — Les hypochondriaques. *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1881.
- LEMOINE. — L'athogénie et traitement de la neurasthénie. *Annales médico-psychologiques*. 1888.
- De la neurasthénie. *Nord medical*, Lille, 1900.
- LENTZ. — Des relations entre les psychoses, la dégénérescence

mentale et la neurasthénie. *Progrès médical Belge*, Bruxelles, 1897.

LEPICARD. — Nerveux et arthritiques. Thèse Paris, 1889.

LEVILLAIN. — La neurasthénie, Paris, 1891.

LUBETZKI. — La nostalgie et la neurasthénie. *Revue de psychiatrie* Paris, 1900.

LUX. — Névropathies et neurasthénie. Les neurasthéniques dans l'armée. *Revue de Hypnotisme et physiologie pathol.*, 1904.

LUYS. — Obsessions pathologiques. *Encéphale*, 1883.

MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1893 et 1897.

MARADON DE MONTYEL. — Recherches cliniques sur la folie avec conscience. *Archives de neurologie*, 1883.

— Obsession et délire. *Archives de neurologie*, 1903.

MARIE et VALLON. — Le délire mélancolique. *Archives de neurologie* 1898.

MARTIN. — Etat mental neurasthénique. Thèse Paris, 1897.

MASSELOU. — Le ralentissement psychique et les troubles de l'évocation des idées chez les mélancoliques. *Journal de psychologie normale et pathologique*. Paris 1904.

MATHIEU. — La neurasthénie. Paris, 1892.

MAURICE. — La neurasthénie et les passions déprimantes.

MESNARD. — Leçons sur la neurasthénie. *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1893-1894.

MOREL. — Traité des maladies mentales, 1860.

MOREL-LAVALLÉE. — La neurasthénie. *Journal de médecine de Paris*, 1898.

MOTET. — Les frontières de la folie. *Encéphale*, 1886.

MOUTIER. — Marche et diagnostic de la neurasthénie essentielle. *Journal de médecine de Paris* 1901.

NEURASTHÉNIE. — (Des neurasthénies et de leur traitement.) Union médicale. 1883.

NEURASTHÉNIE. — Union médicale 1891.

ODDO. — Neurasthénie circulaire à forme alternante quotidienne *Revue de médecine de Paris*.

- ORDRONAUX. — Neurasthénia in its relations to mélancholia. *Brooklyn medical Journal*, 1895.
- PARANT. — Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques. *Archives médicales*, Toulouse, 1897.
- PARIS. — Le passage à l'acte dans l'obsession, *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1905.
- PINEL. — Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale. Paris 1808.
- PITRES. — Leçons sur la neurasthénie. *Echo médical*, Toulouse 1889.
- PITRES. — Etat mental neurasthénique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1901.
- PITRES ET RÉGIS. — Les obsessions et les impulsions. Paris 1902.
- RAYZIER. — De la neurasthénie. *Semaine médicale*, 1893.
- RRYMOND. — Leçons sur les maladies du système nerveux. Paris 1896-1897.
- RAYMOND. — Névroses et psychonévroses. *Énéphale* 1907.
- Psychasthénie. *Bulletin médical*, 1907.
- RÉGIS. — Un cas d'obsession psychogénitale tirée des essais de Montaigne. *Annales méciopsychologiques*, 1890.
- RÉGIS. — Les neurasthénies psychiques. *Journal de médecine de Bordeaux* 1890-1891.
- RÉGIS. — Neurasthénie et artériosclérose. *Presse médicale* 1896.
- Neurasthénie et Paralysie générale. *Presse médicale*, 1897.
- Autointoxications et délires. *Archives clinique de Bordeaux*, 1898.
- RÉGIS. — Etude médicale sur Jean-Jacques Rousseau. *Chronique médicale*, 1900.
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie. (3^e édition). Paris 1906.
- RENCUREL. — Neurasthénie et pessimisme. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.
- RIBOT. — Maladies de la volonté. Paris 1884.
- Maladies de la personnalité. Paris 1885.
- RIVIÈRE. — Etude de l'Aboulie neurasthénique. Thèse Paris, 1890.

- ROUBINOVITCH. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. *Annales médico-psychologiques*. 1900.
- Les états mélancoliques et leur traitement. *Bulletin médical*. Paris, 1900.
- et TOULOUSE. — La mélancolie. Paris, 1897.
- SÉGLAS. — Altérations de la personnalité dans les délires mélancoliques. *Annales médico-psychologiques*. 1889.
- Caractères généraux du délire mélancolique. *Progrès médical*. 1889.
- De la Mélancolie sans délire. *Bulletin médical*. Paris, 1894.
- Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière, 1887-1894), recueillies par le D^r Meige. Paris 1895.
- Autointoxications et délires. *Presse médicale*, 1898.
- Note sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire. *Archives de neurologie*, 1902-1903.
- SEMELAIGNE. — Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. Mémoires de l'Académie de médecine. Paris 1861.
- SERRIGNY. — Considérations cliniques sur la parenté des névroses et des psychoses. *Annales médico-psychologiques*. 1898.
- SOLLIER. — Guide pratique des maladies mentales. Paris 1893. — Sur une forme circulaire de la neurasthénie. *Revue de médecine*. Paris 1893-94.
- SOUKHANOFF. — Sur la pathogénie des obsessions morbides. *Bulletin médical*. Paris 1903.
- SOUKHANOFF. — Etude sur la mélancolie. *Annales médico-psychologiques*. 1903.
- SOUKHANOFF. — Sur la combinaison des états dépressifs aigus avec processus psychiques obsédants. *Encéphale* 1906.
- STOCKSON. — Importance du diagnostic précoce des maladies mentales. *Journal of nervous and mental diseases*. 1906.
- SZEJKO. (Mlle) — Influence de l'éducation sur le développement de la neurasthénie. Thèse Lyon, 1902.
- TANZI. — Traité des maladies mentales, Florence, 1904.

- THIROUX. — Contribution à l'étude de la neurasthénie. Neurasthénie essentielle. Thèse Paris, 1892.
- TOULOUSE. — Classification des maladies mentales. Revue de psychiâtrie. Paris, 1900.
- TOULOUSE ET VASCHIDE. — Temps de réaction dans un cas de mélancolie circulaire. Compte rendu de la société de Biologie. Paris, 1897.
- VALENTIN. — Malades imaginaires. *Revue de psychologie*, 1900.
- VASCHIDE. — Contribution à l'étude de la fatigue mentale des neurasthéniques.
- VEUILLOT. — La neurasthénie et les états neurasthéniformes ; rôle de l'hérédité névropathique. Thèse, Paris, 1896.
- VIAL. — Dégénérescence mentale et neurasthénie. Thèse, Lyon, 1897.
- VIRES. — Maladies nerveuses. (diagnostic, traitement). Montpellier, 1900.
- VOISIN. — Leçons cliniques sur les maladies nerveuses et les maladies mentales, Paris, 1883.
- VORKASTNER. — Ueber pseudomelancholische Zustände. Monatschrift für Psychiatrie und neurologie, Berlin, 1905.
- WEIL. — Les neurasthénies locales. Thèse Nancy, 1882,
- WEYGANDT. — *Atlas manuel de psychiatrie*, édition française par Roubinovitch, Paris, 1901.
-

